

MANIE: Krankhafte Hochstimmung mit Folgen

Die Depression ist in aller Munde. Von der Manie, ihrem Gegenstück, der krankhaften Hochstimmung, hört man dagegen kaum etwas. Und das, obgleich dieses Leiden subjektiv zwar weniger quälend, für den Betroffenen und seine Umgebung jedoch ungleich belastender ausfallen kann als die Mehrzahl anderer psychischer Störungen: Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft, Beruf, Karriere, Finanzen und nicht zuletzt das, was man seinen „guten Ruf“ nennt, auch heute noch.

Was ist eine Manie? Wen trifft sie und wie? Warum kann man sie so schwer erkennen und noch wichtiger: Warum wird sie so spät und meist unzureichend behandelt? Kann man überhaupt etwas tun? Gibt es vielleicht sogar einen psychologischen Zugang, den man bisher viel zu wenig beachtet und genutzt hat?

Auch die Ärzte können die immer wieder gestellte Frage der Betroffenen und ihrer Angehörigen nicht beantworten: Wie ist es möglich, dass ein solch persönlich, zwischenmenschlich, familiär, nachbarschaftlich, beruflich und gesellschaftlich so belastendes bis zerstörerisches Krankheitsbild ein so geringes wissenschaftliches, publizistisches und wohl auch diagnostisches und therapeutisches Interesse auslöst? Und das weltweit, auch wenn in den angelsächsischen Ländern (vor allem USA und Großbritannien) deutlich mehr darüber geforscht, geschrieben und damit möglicherweise auch therapeutisch getan wird als bei uns. Dass es die Manie kaum gibt, kann man schwerlich behaupten. In jenen Ländern, in denen man sich verstärkt wissenschaftlich und medizinisch um sie bemüht, ist dies auch unbestritten. Betroffen sind nicht nur der Patient selber, sondern auch - und das in besonderem Maße - Partner, Kinder, Eltern, weitere Angehörige, Freunde, Nachbarn, Berufskollegen, Lehrer, Ärzte, Polizei, die Mitarbeiter der verschiedensten Behörden - und Unbeteiligte, Fremde, die überraschend mit hereingezogen werden können.

Das gilt zwar letztlich für alle seelischen Störungen, für die Manie aber in besonderer Weise.

Zwei Aspekte sind dabei bedeutsam: Zum einen fällt ein manischer Zustand nur selten in extremer Form auf, jedenfalls was die reine krankhafte Hochstimmung anbelangt. Etwas anderes ist die offenbar zunehmende Vermischung mit schizophrenen Symptomen in Form einer *schizoaffektiven Psychose* (also einer Kombination aus schizophrenen und manischen oder depressiven Symptomen). Doch die „reine Manie“, die in ihrer Extremform durchaus für Schlagzeilen sorgen könnte (es in Wirklichkeit aber sonderbarerweise kaum tut), stellt ein zwar spektakuläres, aber eher seltenes Phänomen dar. Selten heißt in diesem Fall aber nur: selten erkannt.

Es muß jedoch zur Extremform der Manie gar nicht kommen, um Betroffenheit, Irritation, Ärgerlichkeiten, Kränkungen, Kummer, Peinlichkeiten oder gar finanzielle Not bzw. gesellschaftlichen Abstieg auszulösen. Schon mittelschwere manische Syndrome können einen ungeahnten Wirbel auslösen, und selbst leichtere führen zumindest zu Verwunderung, Befremden und unnötigen Kosten.

Doch die Mehrzahl der Maniker erkennt man gar nicht als krank - vor allem in einer Zeit, die das permanente Stimmungs- und Leistungshoch zu ihrem Ideal und damit Lebensziel erklärt hat. Es gibt also mehr gleichsam larvierte bzw. maskierte manische Hochstimmungen, die nicht (rechtzeitig) als krank erkannt werden, mehr jedenfalls, als man sich bisher vorzustellen wagte.

Nun könnte man es in leichten Fällen darauf beruhen lassen. Ein Stimmungs- und Leistungshoch ist ja in der Tat nichts Verwerfliches, sondern ein Pluspunkt, der einem auch nicht allzu häufig beschert wird. Wenn es sich aber in Wirklichkeit um ein krankhaftes Hoch handelt, dann muß man dafür bezahlen, und zwar nicht nur in finanzieller, sondern auch in zwischenmenschlicher und sogar biologischer Hinsicht. Das heißt: Das Stimmungs- und Leistungspendel schwingt zurück, oft bis zum depressiven Tief. Denn die meisten manischen Episoden treten in Form einer manisch-depressiven Erkrankung auf. Hält sich beides in

erträglichen Grenzen, kann es sich in eigener Regie bewältigen lassen. Wiederholt es sich immer wieder und beginnt ernste Ausmaße anzunehmen, wird eine Behandlung notwendig. Doch hier beginnt das zweite Problem.

Ein Maniker geht nicht zum Arzt

Schon die überwiegende Zahl depressiv Erkrankter geht nicht zum Arzt, nicht zum Hausarzt, geschweige denn zum Psychiater oder Nervenarzt. Ein folgenschweres Verhalten für den Patienten und seine Angehörigen, weil man heutzutage vieles tun kann: psycho- und soziotherapeutisch sowie medikamentös. Immerhin halten sich die psychosozialen Folgen - von unnötigem Leid abgesehen - in Grenzen und treffen meist nur einen kleineren Kreis.

Anders bei der Manie: Das Problem liegt darin, dass sich ein Mensch in einem krankhaften Stimmungs- und Leistungshoch mit allem beschäftigt, nur nicht mit selbstgrüblerischen Krankheitsvermutungen oder gar dem Gang zum Arzt. Warum auch, war er doch noch nie in so guter Verfassung und noch nie so erfolgreich wie im Augenblick. Denkt man in einem Geschwindigkeits-, Liebes- oder Drogenrausch an die Folgen? Kaum, und so ist es auch im „manischen Rausch“, denn der kann in der Tat so manche Rauschformen imitieren. Und so kommt es - naturgegeben - nur selten zu einer (zumindest rechtzeitigen) ärztlichen Konsultation und damit zur Therapie, nicht psycho- und soziotherapeutisch und schon gar nicht medikamentös.

Kommt der Patient aber nicht zum Arzt, nicht in die Praxis und noch seltener in die Klinik, dann geht er auch nicht in die allgemeine ärztliche Erfahrung und damit auch nicht in die Statistik ein. Er wird zur Randfigur von Lehre und Forschung. Dies führt dann zu einem völlig verzerrten Bild der Realität. Dabei ist es schon tragisch, dass so viele Betroffene auf eine gezielte Therapie verzichten müssen. Noch folgenschwerer wirkt es sich aus, dass man so wenig in der (deutschsprachigen) Fachliteratur und damit in den Medien über dieses verhängnisvolle Krankheitsbild berichtet, weil man dadurch nicht rechtzeitig darauf aufmerksam wird. Es fehlt also an populärmedizinischem Wissen und damit an *Früherkennungsmöglichkeiten*. Wären diese besser,

könnte zumindest ein Teil der manisch Betroffenen von den Möglichkeiten einer ärztlichen Diagnose und Therapie profitieren, denn - das muß ausdrücklich betont werden - nicht alle Maniker sind völlig uneinsichtig und behandlungsunwillig. Man muß sich im Umgang mit ihnen nur ein wenig geschickter anstellen, als dies in den meisten Fällen geschieht, nicht zuletzt natürlich wegen ihres distanzlosen, ärgerlichen und anmaßenden Verhaltens. Aber auch das ist wieder eine Frage der Aufklärung und Anleitung und unterstreicht den Teufelskreis, in dem wir uns befinden.

Nachfolgend deshalb eine ausführlichere Darstellung dieses im Grunde uralten Krankheitsbildes, das aber in unserer Zeit, in der man eine fast schon manische Lebensweise als erstrebenswert propagiert, nach wie vor selten erkannt wird. Und das, obgleich man die Folgen mit den heutigen therapeutischen Möglichkeiten in erträglichen Grenzen halten könnte.

Was ist eine Manie?

Der **Begriff „Manie“** war schon im Altertum bekannt (griech.: mania = Raserei, Wut, Wahnsinn, aber auch Begeisterung, Ekstase und Entrückung). Doch eine klare Definition des Krankheitsbildes war lange Zeit nicht möglich. Erst Mitte vorigen Jahrhunderts ordnete man der Manie endgültig die eher heitere, der Melancholie die mehr depressive Verstimmung zu und faßte sie zu einer eigenen Krankheitsgruppe zusammen. Heute gilt die Manie als ein vielschichtiges Syndrom (also als eine Gruppe bestimmter Symptome), das man - im Gegensatz zur Depression mit ihrer „Herabgestimmtheit“ - als krankhafte „Heraufgestimmtheit“ bezeichnen könnte. Charakteristisch ist dabei nicht so sehr die Art, mehr das überbordende Ausmaß und der ständige Wechsel dieser Gemütsverfassung.

Als Ursache gilt eine *affektive Psychose*, auch *Affektpsychose* genannt, also eine Gemütskrankheit mit schweren Störungen im affektiven Bereich (Gemütsstörung, Gefühlsstörung): dazu zählen entweder depressive Verstimm-

mungen, Angst, seelisch-körperliche Hemmung bzw. innere Unruhe oder aber ihr Gegenteil, nämlich gehobene Stimmung, gesteigerter Antrieb usw.

Bei den affektiven Psychosen bzw. Gemütskrankheiten, die sich in manischen oder depressiven Zuständen äußern, gibt es unterschiedliche Verlaufsformen: Am häufigsten finden sich ausschließlich depressive Phasen, d. h. ohne je durch ein manisches Zustandsbild unterbrochen zu werden. Danach folgen einmalige depressive sowie variabel abwechselnde manische und depressive Phasen. Eine Rarität sind nur manische Phasen (wahrscheinlich mit milderer depressiven Zuständen, die man einfach übersehen oder nicht erkannt hat). Noch seltener sind einmalige manische Zustände, wobei man auch hier vermutet, dass die leichteren manischen Wiederholungen einfach nicht als krankhaft registriert wurden.

Wen treffen manische Phasen?

Die **Häufigkeit manischer Zustände** ist schwer zu fassen. Denn eine exakte statistische Erhebung ist in der Regel nur dann möglich, wenn sich der Patient in Behandlung begibt, am besten in eine Fachklinik. Das aber ist gerade bei leicht bis mittelschwer manisch Erkrankten kaum zu erwarten (und sogar beim Gegenstück, der Depression, erstaunlich selten). Vor allem werden die leicht manischen Zustände in jungen Jahren oft nicht als krankhaft eingestuft (siehe später). Insgesamt variieren deshalb die Häufigkeitsangaben zwischen 0,6 und 3 %, wobei letzteres der Realität am nächsten kommen dürfte.

Was das **Alter** anbelangt, so gibt es sowohl einmalige als auch wiederholte manische Zustände in jedem Lebensalter. Erstmalig brechen sie zumeist zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr aus, also in einer gemütsmäßig instabilen Zeit. In jungen Jahren äußern sie sich auch eher uncharakteristisch, weshalb man sie dort wohl auch am häufigsten erkennt („Pubertätskrise“), selbst wenn die Betroffenen plötzlich umtriebig, distanzlos oder gar aggressiv werden. In den mittleren Lebensjahrzehnten wächst dann der Anteil der mehr „klassischen“ Verlaufsformen, so wie man sich eine Manie auch in der Allgemeinheit

vorstellt. Im höheren Lebensalter wird es ruhiger, die Manie braucht einfach Kraft, über die man dort nicht mehr verfügt. Und wenn sie ausbricht, hat sie eine oftmals rastlos-ratlose, gelegentlich sogar verwirrte, mißtrauische oder gar wahnhaftige Prägung.

Geschlechtsspezifisch dominiert bei rein oder überwiegend depressiven Zuständen das weibliche Geschlecht im Verhältnis 2 : 1. Männer dürften allerdings auch hier häufiger sein, als die Statistik nahelegt. Sie gehen vor allem seltener zum Arzt, besonders bei seelischen Problemen, weil dies nicht zum männlichen Selbstbild paßt und deshalb schamhaft überspielt wird. Bei manisch-depressiven Verlaufsformen mit Hochs und Tiefs scheinen beide Geschlechter annähernd gleich betroffen, auch wenn man in klinischer Behandlung gelegentlich mehr Frauen als Männer sieht.

Ursachen - Auslöser - Verlauf

Die meisten manischen Zustände sind also affektive Psychosen, d. h. *endogener oder biologischer Ursache*. Dabei spielt auch die **erbliche Belastung** eine nicht unerhebliche Rolle.

Wer allerdings nicht gezielt danach fragt, erhält in der Regel keine, zumindest keine befriedigende Antwort. Über Krankheiten im allgemeinen und seelische im speziellen redet man nicht - früher noch seltener als heute. Außerdem ist eine - zumindest leichte bis mittelschwere - Manie noch schwerer zu erkennen als tiefe Schwermut, schizophrener Wahn oder panische Angst. Und trotzdem ist diese Frage wichtig und zwar nicht zur Befriedigung der Neugier oder zur nachträglichen Diskriminierung der Vorfahren, sondern um möglichst rasch zu erkennen, zu verstehen und zu handeln. Dabei ist es wichtig, nicht gleich bei den Geschwistern oder der Eltern-Generation aufzuhören, sondern auch die Großeltern und alle sonstigen Verwandten mit einzubeziehen, und zwar sowohl auf väterlicher wie auf mütterlicher Seite - so weit zurück wie möglich. Gerade seelische Krankheiten überspringen oft eine Generation oder

„verlieren sich in entfernteren Verwandtenbereichen“, an die man sonst nie mehr denken würde.

Auf jeden Fall ist eine endogene Manie das Resultat verschiedener genetischer, sozialer und biographischer Aspekte sowie Auslösesituationen. Denn dem **Ausbruch** vieler Gemütskrankheiten pflegen oft belastende Lebensereignisse voranzugehen. Bei der Depression sollen es mindestens ein Fünftel, bei der manischen *Ersterkrankung* sogar die Hälfte bis zwei Drittel sein. Bei erneuten Episoden ist dies seltener festzustellen. Offenbar ist das *erstmalige* Ausklinken durch eine schwere Lebenskrise fast die Regel, während spätere Rückfälle eher biologisch bestimmt sind, d. h. nach einem „endogenen Muster“ ablaufen, dessen Hintergründe wir noch nicht kennen. Doch auch hier können immer wieder psychosoziale Belastungen beteiligt sein.

Wenn man diese Auslöser untersucht, dann handelt es sich meist um bedrückende, auf jeden Fall unerfreuliche Ereignisse: z. B. der Verlust entscheidender Bezugspersonen, Störungen in der familiär-häuslichen Sphäre sowie Erkrankung, Trennung, Scheidung oder gar Tod von Angehörigen. Ferner häusliche Differenzen und Probleme, berufliche Nöte (Prüfungen, Verpflichtungen, Überforderung, Änderungen oder sonstige Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, aber auch plötzliche Entlastung (nach längerdauernden seelisch-körperlichem Streß) sowie nachbarschaftliche (z. B. Konflikte mit Hausbewohnern) oder gesellschaftliche Auseinandersetzungen. Bisweilen wird auch von neuen, schwierigen Verpflichtungen, von erotischen und sexuellen Problemen, von Umzug, Wohnungswechsel oder Bedrohung des sozialen Prestiges (berufliche Position, Finanzen) berichtet.

Aber auch *körperliche Auslöser* sind möglich. So soll bei bis zu einem Drittel der Patientinnen die *Ersterkrankung* in das Wochenbett fallen, das dann auch später einschließlich vergleichbarer Krisenzeiten (z. B. Wechseljahre) mit einem erhöhten Risiko belastet ist. Leichtere manische Zustände häufen sich ohnehin vor der Monatsblutung. Auch Schädel-Hirn-Unfälle sind beteiligt, manchmal sogar mit verzögertem Krankheitsausbruch - Wochen oder gar Monate später. Schließlich ist auch

an eine Überfunktion der Schilddrüse, an grippale Infekte, Operationen, Lungenentzündung, Frakturen und Verletzungen anderer Art, nicht zuletzt auch an Abmagerungskuren mit und ohne Appetitzügler zu denken. Selbst notwendige und ärztlich überwachte Krankenhausaufenthalte, eine Therapie mit (bestimmten?) Antidepressiva (einschließlich Johanniskraut?), therapeutischer Schlafentzug, Lichttherapie, Durchflutungsbehandlung („Elektroschock“) usw. sind nicht ohne Risiko.

Psychologisch gesehen sind vor allem **zwei Ursachen-Schwerpunkte** auszumachen: Bedrohung und - doppelt so häufig - Verlust und Trennung. Manchmal ist es auch ein durchaus erfreuliches Ereignis, das bei genauem Hinsehen den Betroffenen aber doch mehr beunruhigt, verunsichert oder gar bedroht hat, wenn auch nur aus seiner subjektiven Sicht.

Bei späteren Rückfällen ist es besonders ein Anlass, der tragisch, weil vermeidbar ist: das eigenmächtige Absetzen vorbeugender Arzneimittel, also die vom Patienten selbstverschuldete Unterminierung des Langzeitschutzes. Solche rückfallvorbeugenden Arzneimittel sind die Lithiumsalze sowie die Antiepileptika Carbamazepin und die Valproinsäure. Die Gründe für einen solchen Abbruch sind unterschiedlich und sollen hier nicht weiter diskutiert werden. In der Regel werden bestimmte Nebenwirkungen beklagt (z. B. Gewichtszunahme, Einbuße von Kreativität, geistiger Aktivität und seelischer Schwingungsfähigkeit), doch die eigentlichen Gründe liegen tiefer: Zum einen das bedrückende Gefühl, „sein halbes Leben an einer medikamentösen Leine verbringen zu müssen“, zum anderen die sogenannte „innere Entwarnung“, das heißt die (meist trügerische) Vorstellung, jetzt sei man gesund und ein Rückfall sei auch ohne medikamentösen Schutz nicht mehr zu erwarten. Das aber ist und bleibt eine Illusion.

Der **Beginn** einer manischen Episode kann sich langsam, d. h. über Wochen entwickeln, er kann aber auch überraschend schnell ausbrechen, manchmal innerhalb weniger Tage, ja Stunden. Auch die **Dauer** ist sehr variabel, zwischen mehreren Monaten und einigen Tagen, ja wiederum Stunden (s. später). Das **Ende** bietet sich ebenfalls in voller Breite an: von langsam, d. h. über Wochen ausschleichend bis abrupt endend („wie an- und aus-

geknipst“). Eindrucksvoll ist dabei das **plötzliche Umschlagen** von einer depressiven in eine manische Phase oder umgekehrt. Dies bezeichnet man als *Syndrom-Umschwung* (engl.: switch). Ein solcher Krankheitsumschwung ist für den Patienten besonders belastend und für sein Umfeld oft geradezu schockierend.

Schier unfaßbar, vor allem aber peinigend für die Betroffenen und seine Angehörigen ist der sogenannte **schnelle Phasenwechsel** (engl.: *rapid cycling-Syndrom*). Von einem solchen raschen Phasenwechsel spricht man schon ab vier manischen oder depressiven Phasen innerhalb eines Jahres und zwar in beliebiger Kombination und Reihenfolge. Es gibt aber ein noch viel häufigeres Auftreten, das sich bis zu dem (meist im Kindes- und Jugendalter vorkommenden) Extrem steigern kann: morgens depressiv, abends (hypo-) manisch oder umgekehrt.

Weitere diagnostisch wichtige Aspekte sind die **Zahl manischer Phasen**, die zwischen einmalig und „fast nicht mehr zählbar“ variieren können. Glücklicherweise nutzen heute die Betroffenen und ihre Angehörigen die antimanische Rückfall-Vorbeugung häufiger und konsequenter. Eine „endlose“ Krankheitsabfolge ist deshalb die Ausnahme (und oft selbst verschuldet, in der Regel durch mangelnde Kenntnis bzw. Informationswilligkeit). Auch die **gesunden Intervalle zwischen den Phasen** sind unterschiedlich lang, sie liegen zwischen wenigen Tagen und mehreren Jahren. Nach einer erstmaligen Erkrankung scheint am längsten Ruhe einzukehren. **Jahreszeitlich** sind Herbst und vor allem Frühjahr öfter betroffen, doch ist eine Manie in jedem Monat möglich.

Die Suche nach **Risikofaktoren** hat noch keine zuverlässigen *Vorhersagekriterien* erbracht: am ehesten sind es erbliche Belastung (deshalb ist die Klärung dieser Frage so wichtig - s. o.), ferner der Schweregrad des Leidens (z. B. ausgedrückt durch Zahl und Dauer der Rückfälle bis hin zur notwen-

digen Krankenhausbehandlung), möglicherweise auch soziale Zugehörigkeit (günstiger in höheren Schichten, weil man dort die therapeutischen Möglichkeiten konsequenter nutzt?) sowie die Persönlichkeitsstruktur (ungünstiger bei neurotischen Zügen oder abnormen Persönlichkeiten?).

Gibt es eine für die Manie charakteristische Persönlichkeit?

Trotz unvemindert kontroverser Untersuchungsergebnisse neigt man heute zu der Ansicht, dass bei der Mehrzahl der Betroffenen die manisch-depressive Erkrankung nicht an eine spezifische Persönlichkeitsstruktur gebunden ist, die schon vor Ausbruch der Erkrankung wesentliche Hinweise bereithält.

Charakteristisch für diese Menschen sind jedoch soziale Angepaßtheit, Verantwortungsgefühl, aber auch Aggressionsunterdrückung, Konflikt-verleugnung und ein labiles Selbstwertgefühl. Diese Erkenntnis von der „unauffälligen“ Persönlichkeitsstruktur, die die meisten Untersuchungen durchzieht, irritiert zwar, wenn man an den „Aufstand“ denkt, den der Maniker in der Regel auslöst. Sie zeigt aber auch die Not hinter der distanzlosen, gereizten oder gar aggressiven Fassade. Eine Not, der man gezielt psychotherapeutisch begegnen muß, auch wenn die äußeren Bedingungen zuerst nicht günstig erscheinen. Hier spielt vor allem die sogenannte „manische Aussage“ eine Rolle, auf die später noch näher eingegangen werden soll (siehe später).

Das manische Krankheitsbild - eine Übersicht

Das *manische Krankheitsbild* (von einem Beschwerde- oder Leidensbild kann man ja nicht reden, denn Beschwerden oder Symptome hat der Maniker keine) ist von verwirrender Vielfalt. Es ist besonders anfangs schwer einzuordnen, aber auch später häufig täuschend und nicht selten nach Inhalt und Form rasch wechselnd. Die Manie täuscht verhängnisvoll lange sogar Angehörige und Arzt - wohl nicht zuletzt deshalb, weil nicht sein kann, was nicht sein

darf. Denn wenn die Diagnose feststeht, muß auch eine Therapie begonnen werden, und dies wird zum Problem eigener Art. Auf was ist nun im Rahmen einer manischen Krankheit zu achten?

Die am häufigsten angeführten Krankheitszeichen einer Manie sind gehobene Stimmung, Rededrang und krankhaft gesteigerte Aktivität.

Tatsächlich fällt am ehesten die *euphorische, d. h. inhalts- bzw. motivlos gehobene Stimmung* mit überströmender und vor allem mitreißender (!) Heiterkeit und sogar Glückseligkeit sowie unbegründetem, aber strahlendem Optimismus auf. Sie kann allerdings auch leicht in eine gereizte Mißstimmung bis hin zu aggressiven Durchbrüchen umschlagen, besonders wenn sich der Maniker in seiner Aktivität behindert fühlt. Mitunter droht sogar eine kurzfristige Weinerlichkeit oder Niedergeschlagenheit, die aber in der Regel nicht lange andauert.

Fast immer irritiert auch ein krankhaft *gesteigerter Tatendrang*. Auffallend ist auch eine ungewöhnliche Gesprächigkeit bis zum *Rededrang* mit erhöhtem Sprechtempo. Das *Schlafbedürfnis* ist deutlich vermindert. Die geistige und körperliche *Leistungsfähigkeit* scheinen verstärkt, allerdings mitunter inkonsequent, ungebremst und unkritisch. Die Reaktionsfähigkeit ist auf jeden Fall erstaunlich erhöht. Auffallend sind neben dem überbordernden Beschäftigungsdrang mit rastloser Vielgeschäftigkeit auch eine zwischenmenschliche, sexuelle und materiell orientierte Überaktivität, die bis zur *Enthemmung* auf allen Ebenen gehen kann. Beispiele hierfür sind distanzloses öffentliches Auftreten, sexuelle Anspielungen und Kaufwut.

Häufig findet sich ein *gesteigertes seelisch-körperliches Wohlbefinden* mit überzogenem Selbstwertgefühl und Kritikschwäche, manchmal mit geradezu grotesker Selbstüberschätzung, wenn nicht krankhaften Größenideen.

Ein weiteres Kennzeichen ist der vermehrte Zustrom locker aneinandergereihter Einfälle, was sich in einem ständigen Wechsel des Denkziels äußert. Dabei springt der Betreffende durch erhöhte Ablenkbarkeit von einem Thema zum anderen. Dies führt schließlich zu der - für die schwere Manie charakteristischen - Denkstörung, der *Ideenflucht*.

Eine häufige Komplikation ist der Mißbrauch von Substanzen mit Wirkung auf das Zentrale Nervensystem: zumeist Nikotin und Alkohol (zusätzlicher Enthemmungsfaktor!), gelegentlich entsprechende Arzneimittel, z. B. Psychostimulanzien oder Rauschdrogen, seltener Beruhigungs- und Schlafmittel.

Auf welche manietytischen Symptome ist nun besonders zu achten? Nachfolgend zuerst eine Art lehrbuchhafte Übersicht, danach das „lebensnähere“ Kapitel „Manie im Alltag“

Manische Affektstörungen

Eine manische Affekt- oder Gefühlsstörung kann sich wie folgt äußern:

Die **Stimmung** ist zumeist gehoben, unbeschwert, übermütig, humorvoll, heiter, fröhlich, beschwingt, "sonnig", unverwüstlich, optimistisch, ausgelassen, enthusiastisch. Der Maniker ist voller Wohlbehagen und strahlender Laune, witzig, spritzig, schalkhaft, schlagfertig, siegesbewußt, "mit goldenem Humor" - kurz: "glücklich und froh". Manchmal entsteht eine regelrechte "ekstatische Seelenstimmung". Oft fällt auch ein ausgeprägt humoristischer Zug auf mit der Neigung, allen Dingen und Ereignissen die scherzhafte, positive Seite abzugewinnen. Daraus resultieren dann durchaus originelle Interpretationen, gutmütiger Spott, kleinere, letztlich durchaus treffende (!) Sarkasmen sowie allerei Schabernack und Streiche.

Kennzeichnendes Merkmal: Die positive Stimmung ist ansteckend.
--

Manchmal kann die Stimmung aber auch rasch und offenbar unbegründet in eine **Mißstimmung** umschlagen, vor allem wenn sich der Maniker in seinem Tatendrang nicht ernstgenommen oder behindert fühlt. Dann irritiert ein entgegengesetztes Bild: Er ist unzufrieden, unduldsam, nörgelnd, unverfroren, rechthaberisch, rücksichtslos, mißmutig, mürrisch, patzig, gereizt, querulatorisch, aggressiv ("gereizte Manie"), ja sogar erregt-tobsüchtig ("zornige Manie", früher auch als "Zorntobsucht" bezeichnet).

Solche leicht erregbaren bis aufbrausenden Maniker sind - je nach zugrundeliegender Persönlichkeitsstruktur und/oder Intensität des manischen Zustandsbildes - nicht nur leicht zu verärgern, ungesteuert, impulsiv und rasch erregbar, sie können sich auch nicht mehr bremsen und werden dann rasch streitsüchtig, grob, angriffslustig oder gar gewalttätig (s. u.). Mitunter erscheinen sie fast paranoid, d. h. sie reagieren wahnhaft.

Zu einem solchen Umschlag kommt es oftmals dann, wenn die überbordende Unternehmungslust und Überaktivität des Kranken von seiner Umgebung oder vom Arzt eingedämmt werden muß. Deshalb treffen diese Reaktionen insbesondere Angehörige bis hin zu **Tätlichkeiten** gegenüber Partner, Kindern und Eltern. Es werden aber auch nicht Freunde, Kollegen, Untergebene, Vorgesetzte, ja sogar zu Hilfe eilende bzw. besänftigende Nachbarn oder einschreitende Fremde verschont. Glücklicherweise richten sich die heftigsten Wutausbrüche zumeist gegen das Mobiliar oder ähnliches - dann aber "gründlich".

Ernstere **Übergriffe** finden sich mehr bei Männern, während es Frauen im allgemeinen eher bei verbalen Aggressionen bewenden lassen. Überraschungen sind jedoch auch hier möglich, je nach Intensität des Leidens, Persönlichkeitsstruktur, alkoholischer Enthemmung, Auslösesituation usw.

Meist hat die Gereiztheit des Manikers den Charakter einer vorübergehenden Überreaktion, fixiert auf nahestehende Personen und entsprechende Situationen und in der Regel angeheizt durch Widerspruch oder Widerstand der empörten oder ver-

zweifelten Umgebung. Deshalb fällt der ganze "Theaterdonner" in der Regel bald wieder in sich zusammen. Dann kann die verstörte Umgebung einen plötzlich ratlosen und verlegenen "Ex-Tobsüchtigen" erleben, der von der vorangegangenen "unschönen Szene" selber überrascht, ja überrumpelt scheint und sogar versucht, alles herunterzuspielen oder wieder ungeschehen zu machen: "Mir ist halt die Hand ausgerutscht", lautet dann die verschämte oder forschende bis vorwurfsvolle Bemerkung, so als wundere sich der Patient, daß man noch immer nicht gelernt habe, mit seinem "Temperament" adäquat umzugehen.

Manchmal können aber selbst hoch-manische Patienten von einer geradezu **abrupten Stimmungs labilität** erfaßt werden, bei der die Hochstimmung von (kurzen) Perioden der Niedergeschlagenheit oder gar Weinerlichkeit abgelöst wird. Dann ist sogar mit einer zeitlich begrenzten Selbsttötungsgefahr zu rechnen, was ansonsten nicht typisch für den Maniker ist.

Auf jeden Fall sind ausgeprägte Stimmungsausschläge in beide Richtungen möglich, wenngleich meist nur kurzfristig, aber wiederholbar. In einzelnen Fällen kann es auch zu einer dauerhaften gereizt-aggressiven Grundstimmung mit aggressiven Durchbrüchen kommen. Auch ein *durchgehendes Stimmungshoch* ist möglich, wenngleich seltener.

Manische Störungen des Antriebs

Manische *Störungen des Antriebs* im Sinne eines Antriebsüberschusses fallen relativ rasch auf: anfangs nur vermehrtes Pläneschmieden und erhöhte, aber noch zielgerichtete Geschäftigkeit, oft gepaart mit unermüdlicher Betriebsamkeit, was verhängnisvoll lange nicht als krankhaft erkannt wird. Maniker können in der Tat fast übermenschliche Leistungen erbringen. Das stößt erst einmal auf allseitige Bewunderung und Neid, gelegentlich aber schon hier mit Bedenken vermischt ("jetzt hör' doch endlich mal wieder auf!"). Denn bei nüchternem Abwägen muß es jedem Beteiligten klar sein, daß ein solcher "Kahlschlag der Reserven" irgendwann einmal mit einem Erschöpfungs-

zustand zu bezahlen ist, unter dem Strich also keinen Gewinn darstellt. Doch der Maniker vermag überzeugend, ja geradezu motivierend zu argumentieren, "daß der derzeitige Aufgabenberg anders nicht zu leisten ist". Die beeindruckte oder gar schuldbewußte Umgebung steckt zurück, und die Krankheit nimmt ihren Lauf.

Der Unterschied zum "normalen Arbeitssüchtigen" ("workoholic") besteht in

- dem phasenhaften, d. h. zeitlich begrenzten Auftreten der manischen Arbeitswut, die ggf. in der drohenden nachfolgenden Depression vom Gegenteil abgelöst wird (Leistungseinbruch bis zur totalen Arbeitsunfähigkeit),
- in weiteren manietyrischen Symptomen, die sich naturgemäß nur in einer Manie finden lassen - sofern man darauf achtet.

Nach und nach pflegt sich aber nicht nur ein überstarker, sondern sogar **ungebremster Bewegungsdrang** einzustellen, und zwar im direkten wie übertragenen Sinne: schnelle, laute und kaum zu unterbrechende Sprechweise, theatralisch wirkende Mimik, dramatische Gesten, Reden oder gar Gesänge. Mag dieses Gehabe vielleicht noch in akzeptablen Grenzen bleiben, fällt es dennoch auf, wenn man die frühere Wesensart des Betroffenen als Vergleich heranzieht ("wie leicht angetrunken", "beschwipst, aber eben dauernd").

Maniker sind auch ständig in Bewegung. Bisweilen laufen sie sogar ruhelos große Strecken, was man auch therapeutisch nutzen kann. Die erweiterte Komponente dieses Bewegungsdrangs ist dagegen schon schwerer zu steuern: die manische **Reiselust**. In leichteren Fällen kann es tatsächlich bei einer Lust bleiben, die ja auch viele Gesunde umtreibt. In mittelschweren oder schweren Fällen hingegen kommt es zur manischen Getriebenheit und Weg-

laufftendenz oder nüchterner ausgedrückt, einem „kopf- und ziellosem Abhauen“, wohin auch immer. Dabei können erstaunliche Strecken zurückgelegt werden - Tag und Nacht. Manche Maniker werden dann in abgerissemem, durchnäßigtem und erschöpftem Zustand wieder aufgegriffen. Andere nehmen Verkehrsmittel (die sie nicht immer bezahlen können) oder den eigenen Wagen, ohne mit dem - häufig weit entfernten - Fahrziel etwas anfangen zu können.

Doch zurück zur allgemeinen Antriebssteigerung: Tatsächlich wirken die meisten anfangs „dynamisch“, später aber eher rastlos und getrieben. Sie scheinen voller Vielgeschäftigkeit und Wagemut, riskieren einiges und gewinnen (anfangs) erstaunlich oft, was ihre Umgebung wieder verunsichert.

Fast immer besteht ein unstillbarer Drang zur Geselligkeit mit der Neigung, alte **Bekanntschaften** zu erneuern und neue zu knüpfen - gleichgültig, ob dies gewünscht wird oder nicht. Dies gilt auch für den bereits erwähnten Rededrang (Logorrhoe) sowie **ständiges Telefonieren** - selbst zu den ungewöhnlichsten Zeiten, z. B. nachts.

Charakteristisch sind im Rahmen eines manischen Antriebsüberschusses folgende Krankheitszeichen:

- Unfähigkeit, Begonnenes zu vollenden,
- Vermehrte Ablenkbarkeit durch alles und jedes, allein schon durch Hintergrundgeräusche oder Bilder an der Wand,
- Unfähigkeit, die aufdringlich-fordernde Art und damit belästigende Natur dieser Aktivitäten selber erkennen und zu steuern zu können.

Manische Denkstörungen

Kennzeichnend für die manische Denkstörung ist die schon erwähnte *Ideenflucht*: Das **beschleunigte oder ideenflüchtige Denken** ist charakterisiert durch den vermehrten Zustrom locker aneinandergereihter Einfälle und durch den ständigen Wechsel des Denkziels (vor allem durch erhöhte Ablenkbarkeit). Typisch ist auch das Springen von einem Thema zum anderen (vom Hundertsten ins Tausendste). Eindrucksvoll ist die stete Produktion (im wahren Sinne des Wortes) origineller, schlagfertiger oder gar witziger Einfälle, die zuletzt nur noch nach äußeren Gesichtspunkten aneinandergereiht werden (Doppelsinn der Worte, Klangähnlichkeit). Dadurch verliert der Maniker schließlich den Faden und gleitet immer öfter ins Unwesentliche ab. Das stört ihn aber nicht, weil er alles, was er hervorbringt, für bedeutungsvoll hält oder zumindest das gesteigerte Interesse seines Gegenüber voraussetzt. Auf jeden Fall merkt er kaum, daß er dessen Aufmerksamkeit ungebührlich beansprucht oder ihn gar langweilt.

Allerdings kann sich der Maniker vorübergehend gut "zusammenreißen", um dann eine Weile tatsächlich beim Thema zu bleiben, wenn auch bald mit spürbarer Anstrengung.

Das Wesen der manischen Ideenflucht ist jedoch mehr in einem Rededrang als in einem Denkdrang oder gar in einem nutzbaren Zustrom fruchtbarer Ideen zu sehen. Maniker "produzieren" viel, aber wenig fundiertes. Konkrete Denkaufgaben lösen Maniker zwar rascher als Depressive, jedoch nicht schneller als Gesunde. Es soll aber nicht verschwiegen werden, daß es nicht wenige Persönlichkeiten aus Kultur, Politik und Wissenschaft gibt, denen durchaus fruchtbare manische (nach unserem Verständnis wohl eher leicht manische, d. h. hypomanische/maniforme) Phasen nachgesagt werden: z. B. Händel, Rossini, Robert Schumann, Balzac, van Gogh, Hemingway, Teddy Roosevelt, Churchill u. a. Auch viele Betroffene mit weniger ausgeprägten

Gaben hielten und halten zumindest mildere manische Phasen für die einzig konstruktive und damit lebenswerte Zeit ihres Daseins und ließen/lassen sich deshalb ungern medikamentös "ausbremsen", was sie nur unproduktiv, öd und fad mache.

Schließlich kann die Ideenflucht sogar als Gedankendrängen oder *Gedankenflucht* empfunden werden. Auch die Sprache wird dann noch lauter, beschleunigt und damit schwer verständlich, ggf. durch Wortspiele, Wortwitze und andere überbordende Äußerungen aufgelockert, die die Umgebung einige Zeit amüsieren. Bei fortschreitender Ideenflucht drohen jedoch in schweren Fällen sogar Wortneubildungen, wenn beispielsweise einzelne Denkglieder wegen der hohen Denkgeschwindigkeit nicht mehr ausgesprochen werden können, zuletzt ein regelrechter "Wortsalat". In hochgradiger manischer Erregung kann die Ideenflucht zu einem beziehungslosen Nebeneinander der Gedanken ausufern und sich bis zur Verworrenheit und *Denkzerfahrenheit* steigern. Die Sprache wird dann unzusammenhängend und läßt sich bei flüchtiger Betrachtung von derjenigen eines akuten schizophrenen (Erregungs)-Zustandes kaum mehr unterscheiden. Eine solche "verworrene Manie" wirkt dann auch eher mißgestimmt-gereizt oder gar zornig als ansteckend-heiter.

Im allgemeinen bewahrt sich der Maniker jedoch trotz seiner Ideenflucht ein klares Bewußtsein und eine ungestörte Denkfähigkeit sowie ein ausreichend funktionierendes Gedächtnis. Fehlt die Ideenflucht ganz, was durchaus möglich ist, spricht man von "geordneter Manie". Sie ist besonders schwer rechtzeitig zu erkennen.

Manische Wahnzustände

Wahn ist die krankhaft entstandene Fehlbeurteilung der Realität. Die *Wahnbildungen manischer Patienten* sind - im Gegensatz zu schizophrenen Wahnformen - meist flüchtig und ständig im Wechsel. Sie werden überwiegend

spielerisch-scherzhaft vorgebracht und oft als "schemenhaft" beschrieben. Geprägt wird der manische Wahn vor allem durch die gesteigerte Erlebnisfähigkeit und das überproportionale Selbstwertgefühl mit Neigung zur Selbstüberschätzung („grandios“). So dominieren z. B. *Größenideen*, die sich früher eher auf religiöse, heute überwiegend auf sexuelle, wirtschaftliche, künstlerische, finanzielle und politische Inhalte beziehen. Gar nicht so selten kann es auch zu einem *Liebeswahn* kommen, der nachfolgend etwas ausführlicher dargestellt werden soll, weil er die „Gerüchte-Küche“ am schnellsten anzuheizen pflegt.

Der manische Liebeswahn

Zu einer Manie gehört nicht selten ein **spontanes Verliebtsein**. Frauen trifft es öfter als Männer. Vielleicht wird es aber beim weiblichen Geschlecht auch nur häufiger mißbilligend registriert. Dabei wird die - schon beim normalen Verliebtsein mitunter zu beobachtende - unrealistische, fast traumhafte Verklärung von Partner und Situation geradezu peinlich übertrieben (s. u.). So etwas beschränkt sich nicht nur auf Jugendliche, denen man derlei als pubertäre Schwärmerei nachsehen könnte, sondern erfaßt auch "gestandene" Männer und reife Frauen mit großer Lebens- und Partnererfahrung. Deren "liebestolles Abheben" stößt dann natürlich auf besonderes Unverständnis, von gelegentlich tragischen Folgen ganz zu schweigen (z. B. Verleumdungen, Erpressungen, Schwängerung, verzweifelte Abtreibungsversuche usw.).

In einfacher Form kommt es nur zu einer unkorrigierbaren Verliebtheit, die alles verklärt (das „pure Glück“). Sie vermag geradezu ansteckend zu wirken. So etwas kann durchaus mehrere Wochen bis Monate dauern. Im fortgeschrittenen Stadium, in einem **manischen Liebeswahn**, wännen sich die Betroffenen von zwar meist realen, oft aber unerreichbaren Bekanntschaften oder Personen des öffentlichen Lebens (z. B. aus Film oder Fernsehen) verehrt und geliebt (resignierter Vorwurf einer Mutter: „Hast Du Dir mal wieder einen Prinzen gebaut“). Oder sie sind davon überzeugt, kurz vor der Verehe-

lichung zu stehen. Daraus können glühende Liebesbriefe oder Telefonate resultieren, in Einzelfällen sogar Besuche mit konkreten Wünschen, Angeboten oder Forderungen. Diese pflegen überwiegend erotischer, manchmal aber auch eindeutig sexueller Natur zu sein. Es gibt jedoch auch eine manische Verliebtheit bis hin zum Liebeswahn, die sich durchaus mit "platonischer Zuneigung" begnügen würde, dann aber nicht selten mißverstanden oder ausgenützt wird.

Manische Störungen der Wahrnehmung

Manche Maniker berichten auf gezieltes Befragen über ***Intensitätsveränderungen ihrer Wahrnehmung***: besonders eindrucksvolle Wahrnehmung von Farben (hell, leuchtend, golden), Formen (plastisch, dreidimensional), Geräuschen, Sprache, Musik (eindringlich, aufrührend, wunderbare Klangfülle, stereophon) sowie von Geruch, Geschmack und Tastsinn (intensiv, wundervoll gewürzt oder cremig, weich, samten). Manchmal ist nur ein Sinnesgebiet betroffen, manchmal mehrere, selten alle.

Manische Sinnestäuschungen

Mitunter können in einer manischen Phase auch ***Halluzinationen*** (Trugwahrnehmungen, Sinnestäuschungen) oder ***illusionäre Verkennungen*** (wahnhaftige Umdeutungen realer Gegebenheiten) auftreten. Meist sind sie akustischer (Stimmen) oder optischer Natur, die Personen, Gegenstände und Bilder betreffen. Auch hier dominiert das Vage, Schemenhafte, Flüchtige, Unvollkommene der Sinnestäuschung. Vor allem fehlt die aufdringliche sinnliche Deutlichkeit, wie sie Halluzinationen bei der Schizophrenie oder im Alkohol-delir charakterisieren. Inhaltlich stehen sie meist in Beziehung zu den manischen Größenideen, wenn beispielsweise hochgestellte Persönlichkeiten oder Mächte dem Maniker seine "Mission" erläutern.

Wahn im Rahmen einer reinen Manie ist allerdings selten. Was sich jedoch zu häufen scheint, ist das gleichzeitige Auftreten einer schizophrenen sowie manischen Psychose in annähernd gleicher Intensität, zusammen oder kurz hintereinander. So etwas nennt man eine *schizoaffektive Psychose* (s. später). Bei den leichteren manischen Zustandsbildern (hypomanisch, maniform, submanisch) finden sich jedoch so gut wie nie Wahnphänomene.

Äußere Aspekte

Im Gegensatz zu den meisten anderen seelischen Störungen, insbesondere zum manischen Gegenpol, der Depression, sind die **körperlichen Folgen** der krankhaften Hochstimmung überwiegend positiver Natur: blühendes Aussehen, aufrechte Haltung, temperamentvolle und dabei doch natürliche, geschmeidige Bewegung, lebhafte und leuchtende Augen, eindrucksvolle, ausdrucksstarke Mimik, gesunde, straffe Haut, glänzendes Haar, das sich gut legt usw. Der Appetit pflegt zwar gering zu sein, vielleicht kommt es sogar zu einem leichten Gewichtsverlust, doch das spielt keine Rolle („Idealgewicht“). Für den Schlaf gilt die alte Erkenntnis: Der Depressive kann nicht schlafen, der Maniker braucht nicht zu schlafen. Und die Sinneswahrnehmungen sind - wie erwähnt - eher in lustvoller Weise intensiviert: Geruch, Geschmack, Tastempfinden und Gehör.

Und was das **äußere Erscheinungsbild** anbelangt (Make up, Kleidung und Schmuck, Frisur, Parfum und Duftwässer usw.), so kann ein Maniker völlig unauffällig bleiben und z. B. seine gesamte Energie in geistige Aufgaben investieren. Oder aber der Aufzug wirkt leicht verstiegen, aber irgendwie noch tolerabel, vielleicht exaltiert oder gar „verrückt“, aber eigentlich immer in jenem Rahmen, „den man in einer eben auch verrückten Zeit akzeptieren muß“. Das unterscheidet den Maniker beispielsweise von manchen schizophrenen Patienten, die zu grellen Überzeichnungen greifen (müssen), während der Maniker einfach aus einer gleichsam explodierenden Lebenslust heraus „in die Vollen geht“.

Manie im Alltag

Es ist unmöglich, alles aufzuzählen, was im Rahmen einer Manie passieren kann. Man muß sich einfach die Zahl aller Maniker vorstellen, multipliziert mit einem dutzend enthemmter Reaktionsmöglichkeiten. Die *Enthemmung* ist überhaupt das Charakteristikum des manischen Krankheitsbildes, wahrscheinlich das folgenschwerste überhaupt. Am tragbarsten ist sie noch in Form anzüglicher Witze oder eines bisweilen peinlichen Dranges, ständig aktiv, dynamisch, originell und der Mittelpunkt sein zu müssen (was dennoch irgendwie etwas Frisches und Amüsantes an sich haben kann).

Auf jeden Fall hält der Maniker sein Verhalten für Frohsinn, gute Laune, Humor, Lebenslust, für bestenfalls ein wenig übermütig, ausgelassen und schalkhaft. Einwände jeglicher Art wischt er souverän vom Tisch und beklagt sogar noch, dass die Mitbürger heute so wenig ungezwungen, lustig, locker, zwanglos und gelöst seien. Dabei appelliert er geschickt an die Träume eines jeden Menschen, sich endlich einmal freizumachen von allen jenen Belastungen, die ihn täglich bedrücken: berufliche Zwänge, gesellschaftliche Konventionen, zwischenmenschliche Rücksichten, kurz: tun müssen, was *man* tut. Denn:

Der Maniker tut, was sich andere nicht trauen.
--

Doch die Enthemmung kennt keine Grenzen und wird sogar reizbar-aggressiv, wenn man den Betroffenen in seiner Willens- und Entscheidungsfreiheit behindern will. Dann sind Charme, gute Laune und mitreißender Frohsinn plötzlich verschwunden, dann wird er keck, dreist, taktlos, unverfroren, schließlich frech, anmaßend, flegelhaft, ausfällig, beleidigend und vielleicht sogar handgreiflich.

Allerdings wirkt der Maniker dabei nur selten so richtig hämisch, gehässig, konsequent niederträchtig, falsch, intrigant, schikanös, böartig oder gar hinterhältig-heimtückisch. Natürlich hängt dies weitgehend von der zugrundeliegenden Persönlichkeitsstruktur (s.u.) ab, doch im allgemeinen fehlt bei seinen Attacken letztlich das gezielt Boshafte. Ist er aber einmal zornentbrannt, dann läßt sich so manche manische Enthemmung nicht mehr aufhalten. Jetzt kann er, kurzfristig zwar, aber verheerend, „wüten wie ein Orkan“, insbesondere was das Mobiliar anbelangt, leider aber auch oft genug Verwandte. Doch das sind glücklicherweise seltene Extreme.

Meist bezieht sich die Enthemmung des Manikers auf zwischenmenschliche bzw. gesellschaftliche Kontakte, die er allerdings auch nicht meidet, sondern gezielt sucht. Und wo er sich ungeniert ausläßt und leicht an die „Grenze von Anstand und Sitte gerät“. Dabei fällt er erst einmal durch die besagte Selbstsicherheit auf, die vom gezierten Getue mit permanenter Affekthascherei bis hin zum ausgeprägten Größenwahn reichen kann. Allerdings ist auch ein durchgehend souveränes Auftreten möglich, je nach zugrundeliegender Persönlichkeitsstruktur.

Am häufigsten irritiert aber ein ungewöhnlicher Initiativeschub, meist verbunden mit „lustigem“ Übermut, mit einer „nervenden“ Redeflut, ggf. losen bis schnodderigen Kommentaren, Anspielungen und unpassenden Vertraulichkeiten. Manchmal duzt der Maniker plötzlich jeden, schließt mit den erstbesten Freundschaft und Blutsbrüderschaft oder versucht mit Intimitäten, großen Taten oder Besitztümern zu prahlen. Sehr viel folgenschwerer aber ist jene Form der Enthemmung, „die aus ihrem Herzen keine Mördergrube macht“, d. h. den anderen auf den Kopf zusagt, was er von ihnen hält - und zwar „ungeschminkt“. Was hier den Betroffenen besonders weh tut, ist nicht nur die „Wahrheit“, die kann sich jeder selber zurücklegen. Es ist die typische manische Prägnanz, mit der alles überspitzt zwar, aber eindrücklich bis geradezu peinlich auf den Punkt gebracht wird. Dabei bemüht er sich natürlich nicht um Objektivität, denn das ist zeitraubend und verlangt Überblick, Nachsicht und Toleranz - alles Eigenschaften, die in der Manie nicht zu erwarten sind.

Daneben häufen sich ggf. unnötige „Lausbubenstreiche“ (wie später oft beschönigt wird), die sich allerdings auch zu handfesten Dummheiten oder rufschädigenden Albernheiten aus-

wachsen können (s. später). Ferner kleine Bosheiten, Schwindeleien und Betrügereien, die aber nie ganz ernst gemeint sind, auch nicht konsequent, vor allem nicht mit "krimineller Zielstrebigkeit" durchgezogen werden.

Krankheit und Persönlichkeitsstruktur

Gerade bei der manischen Enthemmung soll noch einmal auf das **Zusammenspiel von Persönlichkeitsstruktur und Krankheitsbild** zurückgekommen werden: Es sind nicht nur die äußeren Umstände, insbesondere finanzielle und berufliche sowie partnerschaftliche Folgen und Reaktionen der betroffenen Umgebung, die Verlauf und Ausgang bestimmen. Es ist auch die zugrundeliegende Persönlichkeit. Denn die Manie pflöpft sich gleichsam auf den bestehenden Charakter auf. Dabei werden nicht nur die bekannten, sondern auch (bisher) unbekanntes, nicht nur die bewußten, sondern auch unbewußten Wesenszüge, Wünsche, Frustrationen, Fähigkeiten, Beeinträchtigungen usw. über die vertretbare Grenze gehoben.

Ein wenig vereinfachend läßt sich deshalb sagen: Die Manie demaskiert, sie stürzt die Fassade ein, die bisher den allgemeinen Eindruck nach außen beherrschte. Die Manie kann zwar dem bislang unentdeckten, zumindest ungenützten Potential der geistigen, seelischen, körperlichen, psychosozialen und sonstigen Eigenschaften und Fähigkeiten eines Menschen zum Durchbruch verhelfen (wofür es zahlreiche Beispiele gibt). Sie verstärkt aber auch seine negativen Eigenschaften und zwar unkontrolliert. Im glücklichsten Falle halten sich die Folgen in Grenzen, das ist die Mehrzahl manischer, insbesondere leichter (hypomanischer) Zustände. Sie fallen öffentlich gar nicht auf. Dann gibt es eine Reihe grenzwertiger Fälle. Und es gibt spektakuläre Ereignisse, und die finden natürlich ein großes Echo und prägen den Gesamteindruck.

Deshalb sollte man sich immer vor Augen halten: Die Mehrzahl sind leichter Natur, die weder beim Maniker selbst noch in seiner Umgebung allzu großen

Schaden anrichten. Alle anderen könnte man meist rasch in ein ruhigeres Fahrwasser umleiten, wenn man die „Täter“ nicht nur ausbremsen würde, sondern zu verstehen suchte.

Denken, Sprache und Schrift

Über die „neuen Dimensionen des **Denkvermögens**“ im Rahmen einer Manie soll am besten in Form von zwei Selbstschilderungen berichtet werden. Zum einen:

„Die Manie vermittelt besonders in der Anfangsphase viele eindrucksvolle und schöne Empfindungen und Erlebnisse: langsame Zunahme der körperlichen Leistungsfähigkeit, glückhaftes Lebensgefühl, ein von der Last der täglichen Unzulänglichkeiten befreites Denken, ja die Vorstellung, man denke in völlig neuen Dimensionen. Unvorstellbar die Leichtigkeit, sich scheinbar in jede Situation hineinzufühlen, ungeahnte Einsichten zu entwickeln, anschaulich und abstrakt zugleich denken zu können, deshalb zu raschem Urteilen und fundierter Kritik befähigt zu sein - und das alles natürlich auch gleich äußern zu können. Die Leistung nimmt kontinuierlich zu - geistig und körperlich -, aber absolut korrekt, ohne Fehler (jedenfalls am Anfang), kurz: Es fehlt nichts zur Glückseligkeit.“

Ein anderer Bericht: "Während einer Depression habe ich einen "Knoten im Gehirn", aber dann plötzlich ist die Befreiung da, man spürt es richtig. Ich kann nicht mehr schlafen, muß aber auch nicht mehr schlafen, brauche aber auch die Zeit, um die Fülle der Gedanken, der neuen Ideen, der herrlichen Vorstellungen fassen zu können, die mich regelrecht überfluten. Ich habe Einfälle, Einfälle, Einfälle. Ich habe neue Ideen für meine Arbeit im Büro, im Haushalt und für die Arbeit meines Mannes. Ich laufe überall hin, frage an und kehre zurück mit lauter neuen Ideen, die mich sofort wieder in Bewegung setzen.

Leider wird vieles begonnen und wenig fertig. Ich rede viel und gerne mit Freundinnen und Freunden, mit Nachbarn und Bekannten, die ich treffe und sofort anspreche. Nachts muß ich aufstehen und schreiben, schreiben, schreiben. Vom Telefonieren will ich gar nicht reden, das mache ich schon in gesunden Tagen zuviel, wie mein Mann behauptet. Aber ich bin auch intellektuell plötzlich so begierig, will alles wissen, alles lesen und erarbeiten. Mein Bücherstoß auf dem Nachttisch wird immer größer, weil ich viel anschleppe, aber immer weniger lese, d. h. alle Bücher sind angefangen, keines jedoch zu Ende gebracht. Gleichwohl: Ich begreife alles, erfasse alles, bin wie ein trockener Schwamm, der alles aufsaugt,

kann mich einfühlen, hineindenken, in alles versetzen, kenne mich innerhalb kurzer Zeit völlig aus, übersehe und beherrsche alles, durchschaue die Zusammenhänge, werde zum Sachverständigen kraft innerer Befreiung, wachsender Leistungsfähigkeit und Größe.

Denkvermögen, Urteilskraft, Logik, Klarheit, Lernfähigkeit, geistiges Fassungsvermögen, Beobachtungsgabe, Kombinationsleistung, alles ist geschärft und drängt ins Gespräch, muß zu Papier gebracht werden. Und das Ganze ist nicht etwa abstrakt, nüchtern, blutleer, nein, es ist eingebettet in Gemüt, d. h. Mitgefühl, emotionale Wärme und Schwingungsfähigkeit, in Mutterwitz und Hilfsbereitschaft. Und alles will natürlich raus aus mir, will seine Erfüllung finden. - Manchmal habe ich zwar den Eindruck, ich gehe den Leuten auf die Nerven, aber das kann ich nicht stoppen ..."

Reden und Schreiben können sich also im Rahmen einer Manie schier pausenlos hinziehen, auch ohne Ideenflucht. So kann die *Ausdruckskraft* des Manikers - unabhängig vom Inhalt - ein oftmals faszinierendes Ereignis sein: lebhaft, bunt, glutvoll, plastisch, mitreißend, leidenschaftlich, prall, malerisch, sinnlich, ja poetisch. Auf jeden Fall für alle Beteiligten einprägsam, manchmal unvergeßlich, nie langweilig.

Die Patienten sprechen aber nicht nur viel, sondern häufig beschleunigt bis hastig, mitunter auch laut, phrasenhaft-weitschweifig, gelegentlich auch in gesuchten oder hochtrabenden Wendungen und mit besonderer Betonung. Selbst ansonsten bescheidene und zurückhaltende Menschen sichern sich in der Manie den größeren Teil des Dialogs. Die eingestreuten Wortspiele, Gags, Witzeleien oder Fremdwörter können die Umgebung zunächst durchaus beeindrucken oder amüsieren. Nach und nach ermüden sie aber oder gleiten gar ins Vulgäre ab. Dies vor allem dann, wenn sie durch saftige Kraftausdrücke, Fluchen oder heftiges Schimpfen ergänzt werden. Solche evtl. bedrohlich wirkenden Verbalattacken pflegen aber meist keiner echten Wut zu entspringen, ja, sie können sogar in eine abrupte Rührseligkeit umschlagen.

Wie nicht anders zu erwarten, hat deshalb vor allem das **Telefon** dem Maniker neue Dimension eröffnet, von der er auch reichlich Gebrauch macht (was erfahrenen Angehörigen in der Regel signalisiert, wann es wieder losgeht). Einzelheiten würden hier zu weit führen, sind aber leicht nachvollziehbar und klingen in allen Schilderungen auch immer wieder an.

Selbst die **Schrift** kann auffallen. So kann in krankhaften Extremzuständen die Schriftgröße und der beanspruchte Raum auf dem Papier bei depressiven Zuständen schrumpfen, bei der Manie hingegen "genialische" bis unproportionierte Formen annehmen.

Jedenfalls pflegen sich manische Schriftstücke plötzlich durch eindrucksvolle Ausmaße, zahlreiche Ausrufungs- und Fragezeichen, durch Unterstreichungen sowie Hervorhebungen durch Farbstifte u. a. anspruchsvoll und bedeutungsschwer auszunehmen. Bei Uneingeübten erreichen sie manchmal schon allein dadurch ihren Zweck, besonders wenn sich der Kranke noch nach Inhalt (Titel - s. u.) und Form grandiose Briefköpfe drucken läßt.

Ein besonderes Problem ist der **Schriftverkehr** bzw. die sogenannten **Schreib-Exzesse**.

Das mündet häufig in eine Flut von Briefen, kurze, aber auch endlos lange, meist an einen bestimmten, manchmal beliebig wechselnden und vor allem wachsenden Empfängerkreis gerichtet, von dem eine ungeprüfte und umfassende Unterstützung oder zumindest Bestätigung "bahnbrechender" Vorschläge und Ideen erwartet wird. Manchmal kommt es auch zu Beschwerden, Protesten, Anklagen, Beschimpfungen oder Verleumdungen, je nach dem, was bereits an Auseinandersetzungen vorausgegangen ist. Dies betrifft auch Leserbriefe an Zeitungsredaktionen, Rundfunk- und Fernsehanstalten. Der Inhalt wirkt teils verworren oder zumindest verstiegen, kann aber auch "den Punkt treffen." Das wäre dann der Beginn einer Korrespondenz, die den arglosen Partner ggf. noch einiges an Zeit und Kraft kosten wird. Was viele dieser Briefinhalte charakterisiert, sind psychologisch geschickte Verweise auf weitere Korrespondenzpartner, mit denen man "einer Meinung sei", so daß sich der Empfänger irgendwie in Zugzwang gebracht fühlt - und willig und detailliert reagiert. Damit hat der Maniker die erste Runde bereits gewonnen.

Glücklicherweise verlaufen die meisten Schreibexzesse wegen des ständig wechselnden Interessenspektrums des Manikers irgendwann im Sande. Allerdings kann sich der Kranke auch an Einzelthemen oder Einzelpersonen festbeißen, was dann fast querulatorischen Charakter annimmt.

Daneben verfaßt der Maniker auch Tagebücher oder betätigt sich als Verfasser größerer Werke (Sachbücher, Romane, Lyrik). Natürlich gibt es darunter auch völlig undiskutable

Machwerke, die von den angeschriebenen Verlagen bisweilen nicht einmal mehr zurückgeschickt werden. Je nach Fähigkeiten kann es sich aber auch um durchaus lesenswerte Manuskripte handeln, denn Manie und Begabung schließen sich natürlich nicht aus. Im Gegenteil. Wenn das auch in einem ausgeprägteren manischen Zustand kaum nützen dürfte, so ist doch bekannt, daß eine ganze Reihe von erfolgreichen oder zumindest anerkannten Schriftstellern und Dichtern wahrscheinlich leichtere manische Zustände hatten (Hypomanie), in denen ihnen die guten Ideen und eindrücklichen Formulierungen nur aus der Feder flossen. Dies gibt es natürlich heute noch. Und diese Autoren lassen sich dann nur ungern durch eine medikamentöse Langzeitprophylaxe "herunterbremsen". Zwar leiden sie unter den drohenden depressiven Phasen mit völliger "Gedankenleere" und damit Unproduktivität aufs Schwerste, doch stellen zumindest die leichteren Hochstimmungen dazwischen die Plusseite ihres Lebens und Schaffens und damit auch ihre wirtschaftliche Basis dar.

Das gleiche gilt für alle anderen kreativ arbeitenden Berufe, also z. B. Musizieren, Malerei und andere künstlerische, zumindest aber produktive Tätigkeiten. Da das Musizieren und die Malerei - im Gegensatz zum reinen Briefe-Schreiben - eine gewisse Begabung, Vorbildung und Übung voraussetzen, findet man hier ausufernde Hyperaktivitäten und Übertreibungen seltener.

Manische Fehlhandlungen

Allerdings ist die Zahl möglicher „Fehlhandlungen“, die die Umgebung zur Verzweiflung bringen kann, unüberschaubar.

Dazu gehört beispielsweise das **passive Musikhören**, ein häufiger Streitpunkt im Rahmen einer manischen Erkrankung. Denn Musik wird hier nicht mehr dezent genossen. In der Manie bemerkt der Betroffene entweder gar nicht, daß er andere belästigt oder ist der unrealistischen Meinung, "alle Welt soll an diesem Genuß teilhaben". Und das heißt Überlautstärke zu jeder Tages- und - im Rahmen des unphysiologischen Schlaf-Wach-Rhythmus dieser Kranken - auch Nachtzeit.

Ein weiteres, auch durch ständige Bitten und Proteste kaum lösbares Problem ist das stundenlange *Baden oder Duschen* nachts oder zu sensiblen Grenzzeiten. Zur Katastrophe wächst sich dies übrigens dann aus, wenn aufgrund

der Ablenkbarkeit, Umtriebigkeit und damit Unzuverlässigkeit des Kranken die Badewanne überfließt, mit all den damit verbundenen Folgen. Und das kann öfter passieren.

Das gleiche gilt für **nächtliches Aufräumen** oder sonstige Tätigkeiten nach Mitternacht, die in der Stille plötzlich deutlich hörbar werden. Allein der Umstand, daß es den Maniker kaum im Bett hält, weshalb er es spät aufsucht und in aller Frühe wieder verläßt, führt oft zu einer unübersehbaren Unruhe im ganzen Haus - mit entsprechenden Verstimmungen. Dazu kommt, daß zumindest männliche Maniker mitunter lange Nacht- oder Morgenwanderungen (oder -fahrten) unternehmen, was sie in ihren getriebenen Zustand durchaus entlastent, die Mitbewohner aber bei jedem polternden Kommen und Gehen aufschreckt.

Besuche sind für den Maniker an der Tagesordnung, auch wenn die Besuchten hierfür gar keine Zeit haben, zumindest aber überrascht sind. Die meisten sind durchaus harmloser Natur, es muß einfach der drängende Wunsch nach Kontakt, Verbindung, Nähe, die Möglichkeit zum Gedankenaustausch, zur Information gestillt und - noch wichtiger - Informationen weitergegeben werden, d. h. neue Ideen, Einfälle, Pläne erläutert bzw. regelrecht doziert werden.

Manche Maniker nehmen aus einer plötzlichen Lust oder Eingebung heraus nicht unerhebliche **Anreisen** auf sich, tauchen plötzlich bei diesem oder jenem (vielleicht gar nicht so engem) Bekannten und Verwandten auf, bringen dort nach kurzer Zeit alles durcheinander, reisen aber in der Regel rasch wieder ab und hinterlassen Ratlosigkeit, Verstimmung, Empörung oder gar Chaos. Nicht wenige Maniker kümmern sich plötzlich um Dinge, die ihnen früher gänzlich fern lagen oder die sie nichts angehen. Das hindert sie aber nicht daran, sich "voll und ganz einzubringen", was manchmal durchaus bedenkenswerte Lösungen ergibt, in der Mehrzahl aber nur Verwirrung stiftet bzw. Unmut bis Zorn auslöst.

Eine besondere Dimension ergibt sich aus teils angekündigten, teils spontanen, vor allem **unpassenden Besuchen** bei hochgestellten Persönlichkeiten und Amtsträgern, wobei sich der Maniker in der Regel von keinem Vorzimmer aufhalten läßt. Die Kontakte mit weniger prominenten Leidtragenden (Lehrer, Ärzte, Richter, Verwaltungsbeamte, Betriebsleiter, Redakteure usw.) können ohnehin zur Regel werden. Dabei kommt es zu unterschiedlichen Szenen, je nach Krankheitszustand bzw. "Temperament" (mit letzterem ist die Distanzlosigkeit oder Aufsässigkeit gemeint). Für den Besuchten spielen natürlich Streitthema, Vorsicht, verfügbare Zeit und Verhandlungsgeschick sowie die gesellschaftliche Position des noch nicht als krank Erkannten eine wesentliche Rolle. Meist versucht man sich, - zwar unangenehm berührt, doch einigermaßen duldsam, vor allem mit Rücksicht auf die vielleicht bekannte Persönlichkeit, seine Funktion und seine Angehörigen usw. - irgendwie still aus der Affäre zu ziehen. Das ist keine schlechte Lösung, zumindest vorübergehend. Es wiegt aber den Patienten in der irrigen Überzeugung, er sei im Recht - was den Teufelskreis noch mehr anheizt.

„Gute Taten“

Natürlich gibt es auch "positive Aspekte", wenngleich letztlich kaum für den Patienten selber: Maniker neigen nicht bloß zu großartigen Versprechen, sie sind auch in der Lage, neben zahlreichem und meist nutzlosem Kleinkram wertvolle, sinnvolle Geschenke zu machen, ohne dabei zu verarmen. "Nur in der Hochstimmung kann ich jene Großzügigkeit zeigen, die ich mir eigentlich immer wünsche", meinte einmal ein Betroffener. Oder sie stürzen sich mit spontaner und ungebremster Begeisterung in **gute Taten**. Dann engagieren sie sich mit Ideenreichtum, ansteckender Vitalität, ungeheurer Kraft und anfänglicher (!) Zielstrebigkeit für Hilfsgemeinschaften, Unterstützungsfonds, Sammlungen usw., wobei ihnen besonders die naheliegende Not, also das, was sie unmittelbar zu sehen oder hören bekommen, zu Herzen geht. Da sie sich nicht lange mit bürokratischen und sonstigen Zwängen aufhalten, die

ansonsten Hilfwillige rasch blockieren, kann ihr Engagement durchaus nützlich sein, weil es sofort zur Sache kommt.

Das ist zwar lobenswert und effektiv und stößt häufig einen echten Hilfsschub an, pflegt aber nicht selten die Kräfte des Manikers und aller Aktivierte auf Dauer zu übersteigen. Die größte Hürde aber liegt im Patienten selber bzw. in dem typisch manischen Symptom der Sprunghaftigkeit. Deshalb pflegen selbst anfangs engagierte Maniker ihr Interesse rasch zu verlieren, weil sie von *neuen* Plänen fasziniert sind - und alles fällt in sich zusammen. Selbst ihren guten Taten ist also oftmals kein lobenswerter Abschluß beschieden, es sei denn, das kurze manische Gastspiel hat mit dem zeitlich begrenzten Anstoß seinen karitativen Zweck erfüllt bzw. andere übernehmen die begonnenen Aufgaben und beenden das Projekt.

Feste

Öffentlicher Höhepunkt manischer Umtriebigkeit pflegen **Feste** Patienten zu sein, die auch gelegentlich zu regelrechten Orgien ausufern können. Solche Veranstaltungen sind meist nicht ohne Geschick und mit großem persönlichem Einsatz und vor allem finanziellen Aufwand organisiert und können dann tatsächlich ein gesellschaftliches Glanzlicht werden. Für viele Gäste aber drängen sich - allerdings erst rückwirkend betrachtet -, schon früh einige Ungereimtheiten auf. Doch da die Adresse solcher festlichen Veranstaltungen oft sehr nobel gewählt ist, - überwiegend bessere Hotels, da "zu Hause die Räumlichkeiten nicht ausreichen" -, pflegen selbst jene zu kommen, die sich sonst nicht dazu bereit gefunden hätten. Es können aber auch ausgefallene bis skurrile Örtlichkeiten angekündigt werden wie Abbruchgebäude, leerstehende Fabrik, Ruine, Floß, Alm, zumindest romantische Gartenhäuschen oder Waldhütten usw. Jedenfalls verspricht das ganze irgendwie etwas besonderes zu werden, weshalb Interesse und Neugier selbst Langweiler und Skeptiker zum Ort des Geschehens treibt.

Das festliche Geschehen wird für den Maniker vor allem eine erhebliche finanzielle Belastung. Doch läßt sich dies zumeist irgendwie arrangieren. In der Regel wird das Fest ein voller Erfolg sein. Denn es treffen sich viele Menschen in anregender Atmosphäre und der Gastgeber selber amüsiert sich offenbar am meisten; auf jeden Fall ist er "in Form", wie man allseits registriert. Allerdings ist das vielleicht sonst gar nicht seine Wesensart, zumindest nicht in diesem Ausmaß. Deshalb beginnt sich eine Reihe von Gästen schon am Abend selbst ihre Gedanken zu machen: Die Schar der Geladenen ist nach Zahl und Zusammensetzung ungewöhnlich; der Aufwand sprengt den gewohnten Rahmen und übersteigt vor allem die bekannten finanziellen Verhältnisse des Gastgebers; der Grund des Festes steht in keinem vernünftigen, zumindest üblichen Verhältnis zum Einsatz; der oder die Gastgeber/in selber zeigt trotz Charme und gesellschaftlicher Souveränität zumindest dezente Zeichen von rastloser Unruhe, Getriebenheit, Sprunghaftigkeit, überdrehter bis verstiegener Originalität, was - in Ruhe überdacht - nachdenklich stimmt.

Im unglücklichsten Falle aber hat sich der Patient während dieser kritischen Zeit nicht mehr in der Hand. Er kann distanzlos, zudringlich, unverfroren, ja sogar gereizt oder aggressiv werden; er kann sich in jeder Hinsicht "danebennehmen", unnötige, kontroverse Diskussionen auslösen oder anheizen, Gäste gegeneinander ausspielen oder aufhetzen, ein "unmögliches" oder gar "schamloses" Unterhaltungsprogramm erzwingen wollen usw. Vielleicht gerät er auch völlig außer Kontrolle - oder plötzlich in eine weinerliche Rührseligkeit, wirkt irgendwie "abgehoben" und melancholisch zugleich. Manchmal verläßt er vorzeitig sein eigenes Fest und hinterläßt ratlose oder gar betroffene Gäste, die sich dann nach und nach davonstehlen. Die "Gerüchteküche" ist angeheizt. Der noch nicht als psychisch krank erkannte Maniker hat seine eigene gesellschaftliche Diskreditierung inszeniert.

Unerwünschte Einmischungen

Ein besonderes Problem sind die bereits angedeuteten **unerwünschten Einmischungen** bei Bekannten oder Fremden an allen denkbaren Orten und zu jeder Gelegenheit.

Natürlich gibt es auch hier eine breite Palette durchaus origineller Kontaktaufnahmen mit vielleicht sogar anregenden Vorschlägen bis zu wüsten Beleidigungen oder aggressiven Durchbrüchen. Manchmal muß man sich später allerdings auch fragen, wie es der Patient nur geschafft hat, sich in diese oder jene schwelende "Verwicklung " hineinziehen zu lassen. Maniker haben bisweilen ein regelrechtes Gespür dafür, "wo eine Ladung Sprengstoff auf ihren Zündfunken wartet". Dabei spielt neben den bereits erwähnten Faktoren (gesteigerter Tatendrang, überzogenes Selbstwertgefühl, Kritikschwäche, Selbstüberschätzung, ungewöhnliche Gesprächigkeit, manchmal Spottlust, Reizbarkeit, Aggressivität usw.) folgender Umstand eine Rolle, die man sich immer wieder vor Augen halten muß:

Maniker wirken in der Regel nicht krank, zumindest nicht auf den ersten Blick. Damit sind sie in den Augen der Allgemeinheit für alles verantwortlich, was sie tun und lassen. Nimmt man z. B. einen Alkoholisierten, der sich in einem offensichtlichen Rauschzustand ähnlich verhält, so wird dies zwar allgemein mißbilligt, aber jeder sieht, was der Grund hierfür ist und hält sich zumeist zurück.

Ein Maniker aber zeigt "lediglich" ein mehr oder weniger ausgeprägtes Fehlverhalten ohne registrierbare geistige oder körperliche Beeinträchtigung. Im Gegenteil, er scheint sogar "außerordentlich gut drauf zu sein" - nur eben in negativer Hinsicht. So kommt es dann zu entsprechenden Kommentaren und Beurteilungen, die nach außen hin völlig zutreffen, nach „innen“ aber nicht, weil man nicht weiß, dass es sich hier um eine krankhafte Enthemmung handelt. Auf jeden Fall droht häufig das gleiche:

Was als alltägliche Meinungsverschiedenheit begonnen hat und unter Gesunden auch so enden würde, eskaliert beim Maniker rasch und unkorrigierbar und mündet nicht selten in unnötige Konsequenzen (Anzeigen, Abmahnungen, Gerichtsverfahren usw.) mit meist dauerhaften Folgen, weil man nicht weiß (oder akzeptieren will), dass es sich hier um eine Krankheit handelt, auch wenn sie nicht in die üblichen Vorstellungen von einer psychischen Störung paßt.

Weitere Auffälligkeiten

„**Kleinere Entgleisungen**“, die zwar noch relativ tragbar sind, dafür aber regelmäßig für Furore sorgen, sind Taxifahrten, Führungen und Vorträge.

Taxifahrten, selten kürzere, manchmal endlose, und zwar bisweilen ohne ausreichendes Bargeld, gehören häufiger zum manischen Krankheitsbild. Dabei kommt es zu unterschiedlichen Reaktionen, je nach Kompromiß (so viel zahlen, wie Geld vorhanden; Pfand oder zumindest Adresse hinterlegen) bzw. Wesensart von Patient und Fahrer. Manche Taxifahrer wollen keinen Ärger und verzichten oder reduzieren den Fahrpreis; andere lassen sich auf keine Versprechungen ein - und dann geht es ggf. rasch hoch her. Besonders bei langen Strecken bleibt selbst einem unbedarften Taxifahrer nicht lange verborgen, wen er da im Wagen hat, besonders wenn es auch noch kein definitives Fahrziel zu geben scheint. Solche Fahrten pflegen dann nicht selten auf der nächsten Polizeiwache zu enden.

Ein besonderes "Kontakt-Spektakel" sind im übrigen "**Führungen**" von Einzelpersonen oder Gruppen, erwünscht, organisiert, spontan oder erzwungen, gleichgültig auf welchem Gebiet und manchmal gleich mehrere Fachbereiche erfassend, für die sich Maniker geradezu berufen fühlen. Die Reaktionen pflegen sich überall zu ähneln: zuerst interessiert, dann skeptisch, ratlos, schließlich verärgert, empört usw. Dabei ist jeglicher Ausgang denkbar. Das reicht von "zufrieden", was auch möglich ist, besonders wenn der Maniker halbwegs auf dem Boden seines vertrauten Sachgebiets bleibt, bis zum "Skandal".

Hält sich hier die Zahl der verärgerten Beteiligten in Grenzen, ist dies bei **öffentlichen Vorträgen** über aktuelle oder skurrile Themen schon anders, die nicht nur großartig angekündigt, sondern manchmal tatsächlich auch gehalten werden - jedoch häufig ohne ausreichende Kenntnisse oder mit extremen Ansichten. Das ist schon eine Zumutung für sich.

Daneben aber gibt es noch einen anderen Aspekt, der recht typisch ist. Bei Vorträgen geschieht oftmals genau das, was der Maniker als unsensibler bis rücksichtsloser Diskussionssteilnehmer in fremden Vorträgen verzweifelten Referenten und Moderatoren vorwirft, die ihr Thema wieder selber in den Griff bekommen wollen: Der Maniker als Redner erweist sich nämlich rasch als intolerant, stur, unhöflich, gereizt, aggressiv, vor allem dem Thema in seinen vielschichtigen Aspekten nicht gewachsen. Ein guter Vortrag bedarf eben fundierter Kenntnisse, Ruhe, Gelassenheit, Übersicht, sollte auch die Meinung anderer gelten lassen

und ggf. einen Kompromiß akzeptieren. Doch das sind alles Eigenschaften, die der manischen Wesensart zuwider laufen. So enden solche Auftritte entsprechend unbefriedigend und zurück bleibt ein Redner, der eigentlich ernüchtert und frustriert sein sollte, der aber als Maniker aber in Wirklichkeit rasch von neuen Ideen fortgerissen wird.

Nonsens, Albernheiten, Kinderstreiche

"In jedem Manne steckt ein Kind", lautet die alte Weisheit, die auch das weibliche Geschlecht nicht ausnimmt. Und in der Tat macht sich im vertrauten, vielleicht ein wenig angeheiterten Freundeskreis bisweilen eine Neigung zu befreiender Albernheit breit, die auch vor Kinderstreichen nicht halt macht, die man diesem oder jenem im Alltag kaum zutrauen würde. Das ist gut so und häufig die letzte Bastion des Frohsinns und eine Quelle der Regeneration. Außerdem setzt es eine intellektuelle Minimalausstattung voraus, wie die poetische Definition von "Albernheit" treffend umreißt: "Man muß Geist besitzen, um ihn aufgeben zu können ...".

So gesehen sind die bei leichteren bis mittelschweren manischen Zuständen bisweilen eruptiv ausbrechende Blödeleien, Dummheiten, Bubenstreiche und alberne Verhaltensweisen manchmal ein regelrechter Befreiungsschlag aus dem Konventionspanzer des Alltags mit seinen vielleicht berechtigten, aber mitunter zermürenden Zwängen. Und daher kommt es auch, daß man derlei beim ersten oder zweiten Mal eher amüsiert bis heiter-verwundert registriert und erst mit der Zeit nachdenklich wird. Im Rückblick ist man natürlich schlauer, und alles wird dann plötzlich als "krankhaft übertrieben" erkennbar - aber eben oft erst im Rückblick. Nachfolgend deshalb in Stichworten nur einige wenige Beispiele, um zu zeigen, daß nichts unmöglich ist und zwar weitgehend unabhängig von Geschlecht, Alter, sozialer Schicht, Beruf, Position usw.

Auf Bäume, Zäune und Mauern klettern, und sich dabei die (teuren) Kleider zerreißen ("mal wieder ein Junge sein dürfen"). Eine Melodie laut singend begleiten - unabhängig von Gelegenheit, Ort, Zeit usw. (Konzert, Festakt, Ausstellung, Kaufhaus, Verkehrsmittel).

Autoladungen von Schnittblumen und Topfpflanzen kaufen, im Gang des (Mehrfamilien-)Hauses und in der eigenen Wohnung aufstellen, bis kein Platz mehr bleibt. Wasserpflanzen in der Badewanne züchten. Alle Bilder abhängen und durch entsprechend auffällige ersetzen und "originell aufhängen". Gleiches gilt für neue Tapeten und Vorhänge. Den neuen Wagen in Schockfarben umspritzen lassen ("rasch erkannt, Gefahr gebannt"). Jedermann seine Hilfe aufdrängend, ob er es nötig hat bzw. will oder nicht. Kauf oder Pflege von Tieren aus unterschiedlichen Gründen: Tierheim, Kettenhund von Bauernhöfen (Mitleidstour), riesengroß oder "putzig klein" (auffallen wollen). Mit Haustieren allerlei Unfug treiben (z. B. lustig anziehen oder Kunststücke lernen) bis an die Grenze der Tierquälerei. Tiere zur Nutzung oder Züchtung: Schafe, Ziegen, Chinchilla, Fische usw., die dann selbst in kleinen Vorgärten gehalten werden oder in Käfigen, Betten, Badewanne usw., auf dem Speicher, im Keller, in der Garage vernachlässigt und von Fremden versorgt. Badewanne kritisch vollaufen lassen, sich nicht drum kümmern, bis die Überschwemmung zum Nachbarn durchtropft, oder entsprechende Eskapaden (z. B. Turnübungen, Tauchgang) in der Badewanne, bis die Wogen überschwappen. Den Clown spielen: Jux-Gedichte rezitieren, auch mal "schlüpfrige" bis beleidigende, umhertanzen, in Zimmern und Gängen Klimmzüge machen und turnen, bis alles herunterreißt oder zusammenstürzt (z. B. während stationärer Behandlung). Die verrücktesten Sachen sammeln, anderen voll Stolz präsentieren, gekränkt sein, wenn diese nicht die gleiche Begeisterung demonstrieren: Sperrmüll als "Antiquitäten", Gartenabfall, "um wertvollen Humus herzustellen", auf dem dann wiederum "seltene Blumen gezüchtet" werden sollen, sogar ohne eigenen Garten bzw. entsprechende Ablagemöglichkeiten. Teuer essen gehen, aber an allem herummäkeln, Auseinandersetzungen mit Kellner und Koch provozieren. Gartenarbeit von morgens bis abends, aber ohne Notwendigkeit, Nutzen oder auch nur meßbaren Effekt ("alles voller Löcher und Erdhaufen, sieht aus wie ein Bombenfeld"). Unrealistische Pläne schmieden: Bauernhaus kaufen, Nutzvieh halten, nach Australien auswandern, Goldgräber werden, Segeltour um die Welt machen, mit dem Fahrrad nach Hinterindien, auf Schiff anheuern, Kinder adoptieren, Brunnen in der Sahara graben, sein Geld als Kutscher verdienen usw. Sportarten aus früheren Zeiten, aber in damals besserem Trainingszustand wiederbeleben: Rollschuh, Schlittschuh, Stelzen, Leichtathletik usw. - unbeeindruckt von Bänderzerrungen, Muskelrissen, blauen Flecken, Prellungen ("ihr hättet mich mal früher sehen sollen"). Interessant übrigens die Reaktion auf solche Blessuren: Der Maniker wird mit selbst schmerzhaften Folgen ungleich besser fertig als der Gesunde oder gar Depressive.

Kaufrausch

Die **finanzielle Heimsuchung** scheint unlöslich mit einer Manie verbunden zu sein. Deshalb soll ihr ein eigenes Kapitel gewidmet werden.

Maniker leben fast immer über ihre finanziellen Möglichkeiten, auch wenn dies im ersten Moment nicht so auffällt. Man muß bei diesem Ermessensspielraum einfach die individuellen Grenzen berücksichtigen. So kann sich ein erfolgreicher Makler mit einem Millionenprojekt noch immer in seinem gewohnten Rahmen bewegen, während sich das bisher übersparsame „alte Mütterchen“, das sich die längst fälligen beiden Mäntel auf einmal kauft, möglicherweise bereits in einem manischen Kaufrausch befindet.

Im einfachsten Falle "wird das Leben einfach teurer", der "Geldbeutel sitzt lockerer". Man hat mehr Freude am Einkaufen, alles bekommt eine ungeheure Anziehungskraft, ist plötzlich wichtig und unaufschiebbar für einen selber oder Verwandte, Freunde und Bekannte. Dabei schlägt ein an sich sympathischer Wesenszug durch: Großzügigkeit, Spaß am Schenken, am Freude bereiten. Manchmal wird der Geschmack des anderen zielsicher getroffen, manchmal eben nicht, wenn die eigenen überbordenden Ideen einfach kritiklos auf den anderen übertragen werden. Außerdem trifft man beim Einkaufen die meisten Menschen, kann schnell und gezielt Kontakte knüpfen, neue Einkaufsideen, neue Geschäftsadressen erfahren. Kurz: Mit einer Einkaufstour verbinden sich mehrere Vorteile, die einer manischen Wesensart entgegenkommen.

So bleibt ein "materieller Rausch" beim Maniker so gut wie nie aus, wenngleich auf unterschiedlichen Ebenen. Die meisten Maniker machen überdimensionierte oder für ihre Verhältnisse unsinnige Geldausgaben. Im Extremfall zeigen sie sich spendierfreudig bis zur Verschwendungssucht (z. B. Pakete, natürlich mehr und größer als sonst, wobei nicht wenige halbgefüllt und nicht zu Ende gepackt liegen bleiben). Einige risikieren sogar gewagte Spekulationen. Manche erliegen ihrer - bis dahin verborgenen oder zumindest gezügelten - Spielleidenschaft: Kartenspiel, Spielautomaten, Spielbank. Andere gehen sonstige, im Regelfall unerfüllbare Verpflichtungen ein. Wieder andere geben gewaltige Bestellungen auf, kaufen groß und dabei unkritisch

ein ("günstig durch Massenabnahme"), machen Schulden, gründen Firmen, ernennen Freunde, Verwandte, Arzt oder Mitpatienten zu Teilhabern und Geschäftspartnern.

Die meisten Käufe und Bestellungen beziehen sich auf Blumen, Süßigkeiten, Kerzen ("Kerzenkult"), Briefumschläge ("explodierende Korrespondenz"), Feuerzeuge, Füller, Taschenrechner, Platten/CDs/Kassetten, Haushaltswaren, Alkoholika, Oberbekleidung, Unterwäsche, Pelze, Schuhe, Schmuck, Teppiche, Möbel, Bilder, Bücher, Musikinstrumente (die selber gar nicht beherrscht werden), Antiquitäten, Personalcomputer, Stereoanlagen, Kassettenrekorder, Schreibmaschinen und andere elektrische Geräte, schließlich Fahrräder, Motorräder, Autos und Immobilien (Eigentumswohnungen, Häuser). Es ist mit jeder Überraschung zu rechnen - je nach Wunschkatalog, Möglichkeiten, Angebot, Modetrends - kurz: Alles, was durch Werbung oder fremdes Eigentum in einem Menschen irgendwann einmal entsprechende Begehlichkeiten geweckt haben mag, steht jetzt zur Realisierung an. Problematisch sind vor allem Langzeitverpflichtungen, d. h. der Abschluß von Verträgen jeglicher Art.

Sollen Firmen (Lebensmittelgroßhandel, Supermarkt) oder soziale Einrichtungen (Kindergarten, Altersheime, Tagesstätten für Notleidende) gegründet bzw. unterstützt werden, beziehen sich die Anmietungen/Kaufinteressen/Bestellungen auf Lagerhallen, Verkaufs- und Betriebsräume sowie (ggf. tonnenweise) Lebensmittel, Getränke, Textilien, aber auch bedarfsweise auf "Kleinigkeiten", dafür diese jedoch in großer Menge.

Es gibt Maniker, die sich ohne einen Pfennig Geld innerhalb kurzer Zeit die größten Wünsche erfüllen, und jeder fragt sich später, was sich die andere Seite dabei gedacht haben mag. In der Regel natürlich wenig. Andererseits kann die Manie aus einem selbst verschüchterten, ja völlig verklemmten Menschen einen versierten Verhandlungspartner zaubern, der sogar alte

Verkaufsexperten überzeugt. Das ist zwar nicht grundsätzlich zu erwarten, kann aber in manchen Fällen selbst langjährige Freunde und enge Verwandte überraschen. Welche Krankheit macht schon als Symptom ihr Opfer so geschickt, versiert, ja vertrauenswürdig im Umgang mit selbst kritischem Verkaufspersonal?

Die manische Getriebenheit und Weglauftendenz

Der in der Manie typischerweise *gesteigerte Antrieb* kann sich in vielerlei Folgen ausdrücken. Eine direkte Konsequenz ist die seelisch-körperliche Unruhe, ja Getriebenheit, die sich in einer ständigen *Weglauftendenz* äußert. Dabei scheinen sich vor allem zwei Formen abzuzeichnen:

1) Die einen zeigen ein eher kopf- und zielloses "Abhauen" (ein von den Betroffenen sehr häufig gebrauchter Ausdruck), meist zu Fuß. Dabei können Tag und Nacht erstaunliche Strecken zurückgelegt werden, selbst dort, wo das früher nicht üblich war, ja nicht einmal leistungsmäßig zur Diskussion stand. Rein körperlich wird damit zuerst einmal die innere Unruhe auf natürlichem Wege abgeführt. Manche verausgaben sich regelrecht durch stundenlanges Fahrradfahren über große Strecken hinweg. Das ist an sich günstig. Während der stationären Therapie in der Klinik fällt dies in der Regel weg und muß dann durch medikamentöse Dämpfung erreicht werden.

2) "Neben den Beinen ist aber auch der Kopf ständig getrieben", d. h. der Patient sucht den ständig wechselnden Kontakt, von Freunden bis zu Unbekannten. Im Extremfall irren die Kranken mehr oder weniger hilflos umher, suchen bei Bekannten oder sogar Fremden Unterschlupf oder nächtigen notfalls im Freien. Einige werden dann abgerissen, durchnäßt, hilflos, erschöpft und fast verwirrt, gelegentlich auch nach Diebstahl, Zechprellerei usw. aufgegriffen, wiewohl diese kleineren Delikte keiner kriminellen Neigung entspringen.

Andere reagieren scheinbar souveräner, aber letztlich nicht minder hilflos-rastlos bis gehetzt. Sie nehmen öffentliche Verkehrsmittel, die sie nicht immer bezahlen können, besonders wenn es sich um ungewöhnlich weite Strecken handelt. Dies geschieht ohne vorherige Planung, gleichsam "aus einer spontanen Eingebung heraus", was aber nichts anderes ist als ziellose, ja chaotisch getriebene Unruhe.

Am Fahrziel angekommen - bisweilen hunderte Kilometer vom Heimatort entfernt -, ist es mit dem Genuß oder wenigstens Nutzen der mühsamen Reise nicht weit her. Meist geht es weiter oder - noch häufiger - gleich wieder zurück, und zwar in einer eigenartigen Mischung aus "aufgedrehter Erschöpfung" und "besorgter Unbekümmertheit". Denn der krankhafte Antriebsüberschuß ist nicht immer gleich ausgeprägt, und wenn er etwas nachläßt, können schon gelegentlich Bedenken oder gar Schuldgefühle durchschimmern, wenngleich nicht lange bzw. ohne vernunftgesteuerte Konsequenzen.

Nicht wenige fahren mit ihrem eigenen, vielleicht neuen noch nicht bezahlten Wagen enorme Strecken. Dabei können sie sich als unduldsame Verkehrsteilnehmer erweisen. Dann übernachten sie bei überraschten Bekannten, Verwandten oder im Hotel. Der Schlaf ist kurz und erfrischend, und dann geht es weiter. Auch hier ist kein Ziel definitiv oder wird für irgendwelche Zwecke genutzt. Alles ist auf rastlose Durchreise geschaltet, bis das Benzin und Geld ausgeht. Dann kommt plötzlich aus dem fernen In- oder Ausland ein telefonischer Hilferuf: "Schickt Geld oder holt mich ab!" - teils kleinlaut, teils unbekümmert, teils überschwenglich die Schönheiten der Region preisend, aber auch mal in einem gereizt-anmaßenden Befehlston.

Hier scheinen Männer öfter beteiligt. Meist sind die Angehörigen bezüglich solcher Zwangslagen schon trainiert, schicken Geld oder kommen - verzweifelt oder verbittert darüber, daß sich solche Eskapaden immer wiederholen, ohne daß der Betreffende in solchen Phasen der Hochstimmung daraus etwas zu lernen vermag. Im Gegenteil: Auf der Heimreise plant er

schon wieder neue Fahrten oder versucht gar seinem empörten Helfer interessante Zwischenziele abseits der Route aufzudrängen.

Der Maniker als Verkehrsteilnehmer

Maniker sind - im Gegensatz zu Depressiven - von ihrer geistig-körperlichen Aktivität her in der Regel nicht beeinträchtigt, im Gegenteil: Die Sinneswahrnehmungen können geschärft, die Reaktionszeit verkürzt und die Leistungsfähigkeit verstärkt sein. Erstaunlich, gelegentlich unfaßbar sind die riesigen Fahrstrecken, die ein Maniker z. B. im eigenen Wagen ohne sichtbare Ermüdung zurücklegt, manchmal nur, "um am anderen Ende der Welt einen Kaffee zu trinken", um dann auch gleich wieder zurückzufahren.

Das Problem im ***Straßenverkehr*** liegt vor allem in der Ungeduld und Kritiklosigkeit (Überholvorgänge), in der leichten Reizbarkeit ("dem zeig ich`s") und Ablenkbarkeit. Maniker sind auch im Verkehr oft sorglos, risikofreudig, leichtfertig, bisweilen sogar rücksichtslos oder gewalttätig - und dies dann mit der durchaus gefährlichen "Waffe" eines vielleicht PS-starken Kraftfahrzeugs (also auch Motorrad usw.). Problematisch wird es vor allem dann, wenn der Maniker schon in gesunden Tagen zu Unflexibilität, leichter Erregbarkeit und zu einem forschen ("sportlichen") Fahrstil neigt. Dazu kommt möglicherweise ein unkritischer Alkoholkonsum.

Maniker reagieren vor allem dann überzogen bis wütend, ja blind vor Zorn, wenn sie sich im Verkehrsablauf eingeengt oder gemaßregelt fühlen. Das sind natürlich sehr dehnbare Begriffe, deren Bedeutungsgehalt und damit Konfliktpotential nicht zuletzt von der ursprünglichen Wesensart des Betroffenen abhängen. Dazu kommen die krankheitstypische Ungeduld, ja Getriebenheit, das überzogene Selbstwertgefühl und die Unfähigkeit zur kritischen Selbstbeurteilung. Wenn dann noch ein vermeintlich langsamer Vordermann „auf seine Rechte pocht“ oder der Besitzer von noch mehr Pferdestärken demonstrieren will, wo die Unterschiede liegen, dann können

bei einem Maniker "alle Sicherungen durchknallen". Dann riskiert er in seinem "berechtigten Zorn" sogar das eigene Leben, von der Gefährdung der anderen ganz zu schweigen. Außerdem kann eine solche Auseinandersetzung, z. B. auf der Autobahn, in eine nicht endenwollende Hetzjagd münden, die auch die Reserven eines manischen Antriebs schließlich erschöpft - allerdings mit dem Unterschied, daß der Maniker - ähnlich wie beim Doping - seine Leistungsgrenzen oft nicht realisiert. Später, nach Abklingen ihrer Krankheit, können sich viele Maniker gar nicht mehr recht vorstellen, was sie eigentlich zu diesem unbeherrschten Fahrstil oder gar gefährlichen Wettkampf auf der Straße getrieben hat.

Im übrigen pflegen Maniker eher durch "unnötige Auseinandersetzungen" mit oder ohne "kleinere Frechheiten" (z. B. bewußtes Falschparken, unverfrorene Parkmanöver, "Kavaliersstart" mit Abdrängen usw.) gegenüber anderen Verkehrsteilnehmern aufzufallen als durch das sonst übliche "menschliche Versagen".

Leistungsschub und Arbeitsrausch

Ein ausgeprägtes manisches Krankheitsbild ist mit einer konsequenten und letztlich ergiebigen **Arbeitsleistung** kaum mehr und vor allem nicht lange in Einklang zu bringen. Das aber ist nur die halbe Wahrheit. Denn manchmal gelingt sogar dies, obgleich dann alle Bedingungen, insbesondere die beruflichen Voraussetzungen stimmen müssen. So ist bisweilen bei einer - allerdings noch steuerbaren - Hypomanie (leichteren manischen Phase) nicht nur quantitativ, sondern auch qualitativ eine gute, ja vorübergehend bessere Leistung als in gesunden Tagen möglich. Wenn man also den irgendwann fälligen biologischen Preis, z. B. den drohenden Erschöpfungszustand danach oder gar eine depressive Phase, nicht einberechnet, der für diese unphysiologische Hochstimmung zu zahlen sein wird, dann ist dieses Ergebnis nicht nur negativ zu werten. Auch soll noch einmal hervorgehoben werden, daß nicht nur eine Reihe von Künstlern einen Teil ihrer großen Werke solchen Hoch-

stimmungsphasen verdankt, sondern auch der "einfache Sterbliche" in einer derartigen Phase erfreuliche "Leistungssprünge" registrieren kann, die ihm sonst versagt bleiben.

Allerdings äußern sich viele manische und nicht wenige der hypomanischen Zustände in einer zwar offenbar überdurchschnittlichen Leistungsfähigkeit, die aber bei genauem Hinsehen eher einer "ungerichteten Arbeitswut" entspricht. Maniker machen also nicht nur "Dummheiten", sie können auch in kurzer Zeit einen Berg von Aufgaben wegschaffen, so daß die Umwelt nur so staunt. Dies läßt sich am besten an den Kommentaren der Angehörigen, Freunde oder Kollegen ablesen, die da lauten: "Jetzt hör' doch auch wieder einmal auf". "Das hat doch Zeit, das muß doch nicht alles auf einmal sein". "Tagsüber, das mag ja noch angehen, aber jetzt auch nachts, das ist doch nicht mehr normal". "Gehen Sie denn überhaupt nicht mehr nach Hause?". "Wer erwartet denn von Ihnen, daß Sie plötzlich so viele Überstunden machen?" usw.

Ein ähnlich ambivalentes Gefühl schildern dann rückwirkend die Betroffenen selber: "Kaum war die Schwermut verflogen, hatte ich fast über Nacht wieder Freude an meiner Arbeit und begann zu schaffen und zu schaffen ..., gleichsam aus Erleichterung und Dankbarkeit heraus" (hypomanische Nachschwankung nach depressiver Phase - Einzelheiten s. S. ...). "Und dann stand ich plötzlich morgens in aller Frühe auf, ging energiegeladen ins Geschäft, arbeitete für drei und kehrte erst spät abends nach Hause zurück - und zwar frohgestimmt, zufrieden mit mir und meiner Welt und eigentlich ohne wesentliche Ermüdungszeichen".

Es gibt also hypomanische und sogar mittelschwere manische Phasen, die nicht nur die Vielzahl charakteristischer negativ auffallender Symptome zeigen müssen, sondern sich auch durchaus in konstruktiver Aktivität äußern können. Bei genauem Hinsehen finden sich dann allerdings doch zusätzlich dezente Zeichen von Rastlosigkeit, Sprunghaftigkeit, Schlafdefizit ohne Ermüdungserscheinungen, ein etwas übersteigertes oder künstlich bzw. aufgesetzt wirkender Humor (wenngleich durchaus ansteckend), ein häufiger Themenwechsel mit gelegentlich unmotiviertem Springen von einem Thema zum anderen, der erwähnte „lockere Geldbeutel“ usw.

Spezielle Aspekte

Die Manie ist ein vielschichtiges, ja spektakuläres Krankheitsbild, bei dem aber zusätzliche Faktoren eine Rolle spielen. Das sind vor allem das Alter, die Ursachen und bestimmte Verlaufseigentümlichkeiten. Nachfolgend dazu jeweils eine kurzgefaßte Übersicht:

Manie im Kindes- und Jugendalter

Die **Manie im Kindes- und Jugendalter** ist in ausgeprägter Form wohl selten, vor allem aber schwer erkennbar. Dabei wurde sie schon zu Beginn dieses Jahrhunderts sehr treffend beschrieben: übermütig, ausgelassene Stimmung, Selbstüberschätzung, z. T. "perverse Begehungen und Strebungen", im Extremfall "Zornmütigkeit". Daß sie dennoch bis heute so häufig verkannt wird, ist eine traurige Erfahrung (Verwahrlosungsgefahr!) und geht u. a. auf folgende *Ursachen* zurück:

1. Das Beschwerdebild ist alters- und entwicklungsabhängig. In jungen Jahren kann es sich vom erwachsenentypischen Erscheinungsbild deutlich unterscheiden und verhält sich vor allem nicht so "lehrbuchmäßig" wie im mittleren Lebensalter. Deshalb ist es so wichtig, daß man sich über das depressive oder manische Syndrom im Kindes- und Jugendalter ausreichend informiert.
2. Bei Jugendlichen mit manischen Phasen finden sich häufig bestimmte Auslöser (und nicht Ursachen.), die zunächst als Erklärung für die Verhaltensänderungen herangezogen werden: Schul- und Ausbildungsprobleme, Pubertäts- oder Reifungskrisen, Ablösungskonflikte, Beziehungsschwierigkeiten mit Gleichaltrigen, sogenanntes Norm- bzw. Werte-Suchverhalten u. a.

Das alles sind jedoch alterstypische Belastungen, die besonders bei einem phasenhaften Verlauf, d. h. einer plötzlichen Verhaltensänderung bei zuvor eher angepaßter Persönlichkeitsentwicklung hinterfragt werden sollten.

3. Am häufigsten werden manische Phasen mit einer Hyperaktivität verwechselt (früher als „Zappelphilip“, später als hyperkinetisches Syndrom, heute als Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) bezeichnet). Manchmal hält man sie auch für eine Trotzreaktion oder gar dissoziale Störung (mit assozialem Verhalten). Einzelheiten würden hier zu weit führen, machen aber deutlich, dass eine Lösung, d. h. eine rechtzeitige Diagnose und damit Therapie nur von einem Facharzt, am besten einem Kinder- und Jugendpsychiater getroffen werden kann.

Bei Verdacht auf Drogen-Mißbrauch werden manische Zustandsbilder oft irrtümlich auf den Drogenkonsum zurückgeführt. Dabei kann dieser jedoch bereits eine Folge der manischen Phase sein und nicht umgekehrt. An eine Manie, d. h. ein phasenhaftes, also zeitlich begrenztes Ereignis ist vor allem dann zu denken, wenn die Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen *vor* dem manischen Zustandsbild eher angepaßt war.

Der *Ausbruch* depressiver und manischer Gemütsstörungen vor dem 20. Lebensjahr ist selten. Oder besser: Er wird relativ selten rechtzeitig erkannt, vor allem bei mittelschweren oder leichteren Verlaufsformen. Denn nur die schweren und damit stationär behandlungsbedürftigen Krankheitsfälle kommen in die Fachklinik und können deshalb auch konkret erfaßt werden. Man vermutet aber, daß etwa 15 %, nach anderen Untersuchungen bis zu einem Drittel der manisch-depressiven Erkrankungen erstmals zwischen 15 und 20 Jahren ausbrechen, aber auch schon um das 10. Lebensjahr auftreten. Das männliche *Geschlecht* soll häufiger betroffen sein.

Eine *erbliche Belastung* läßt sich umso häufiger feststellen, je konsequenter nachgefragt wird. Besondere Vorsicht ist geboten, wenn eine manisch-depressive Erkrankung in der familiären Vorgeschichte in zwei oder drei Generationen erkennbar ist.

Die Manie im Kindes- und Jugendalter kann - wie die Erwachsenen-Manie - in ganz unterschiedlicher Form ausbrechen: zum einen plötzlich, aber auch mit mehrtägigen, manchmal mehrwöchigen Vorposten-Symptomen. Die Dauer erstreckt sich von wenigen Tagen über einige Wochen, bisweilen auch Monate hinweg. Es kommen schnelle und langsame Genesungsverläufe mit und ohne Rückschläge vor, mitunter auch jähe Stimmungsumschläge.

Eine Manie im Kindes- und Jugendalter äußert sich nicht selten in auffällig kurzen Phasen. Dabei können sich manische und depressive Zustände rasch abwechseln, manchmal sogar innerhalb von Tagen, bisweilen Stunden, z. B. vom Vormittag auf den Nachmittag.

Die Heilungsaussichten sind aber gut. Meist kommt es zur völligen Wiederherstellung ohne Schädigung der geistigen Fähigkeiten oder seelischen Verfassung. Eine *chronische* Manie im Jugendalter ist selten. Gehäufte manische Episoden können aber ein ernstes Hindernis für die intellektuelle und psychosoziale Entwicklung werden. Bei sehr frühem und unbehandeltem Krankheitsbeginn drohen verstärkt lebenslange geistige Einbußen.

Sichere Prädiktoren (Vorhersagekriterien) gibt es nicht. Immerhin zeichnen sich erfahrungsgemäß, einige Hinweise auf einen *ungünstigen Heilungsverlauf* ab:

1. früher Beginn, vor allem mit einer oder gar mehreren manischen Phasen schon in den ersten Erkrankungsjahren (manisch-depressive Psychosen mit Beginn im Jugendalter fangen öfter mit manischen Episoden an, nach einigen Untersuchungen drei Mal häufiger als depressive).
2. Wiederholte Suiziddrohungen oder gar suizidale Handlungen (Vorsicht: bei Kindern ist die Selbsttötung noch sehr selten, bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen jedoch bereits nach Unfällen die häufigste Todesursache!).
3. Ausgeprägte hypomanische (leichtere manische) bis aggressive Stimmung trotz konsequenter medikamentöser Behandlung.
4. Gleichzeitig vorliegende Persönlichkeitsstörung.
5. Schneller Phasenwechsel (rapid cycling).

6. Mangelhafte Therapietreue und geringe Einnahmезuverlässigkeit bei den verordneten Arzneimitteln.
7. Überkontrollierendes Erziehungsverhalten der Familienmitglieder.
8. Unbefriedigende geistige Entwicklung oder gar intellektueller Rückgang, ggf. durch gestörte Gehirnfunktionen.

Gerade weil es so schwer ist, eine Gemütsstörung im Kindes- und Jugendalter rechtzeitig zu erkennen und damit zu behandeln, sei auf den einfachen Merksatz hingewiesen:

Stimmungsschwankungen sind in der Pubertät an der Tagesordnung. Tritt aber bei einem jahrelang unauffälligen, ausgeglichen dahinlebenden Kind die Neigung zu unmotivierten Stimmungsausschlägen zu Tage, muß auch an eine krankhafte Gemütsveranlagung gedacht werden, also an eine Depression oder Manie.

Das heißt, dass man vor allem die wichtigsten Symptome kennen muß. Im einzelnen:

Wichtige Symptome des manischen Krankheitsbildes im Kindes- und Jugendalter

Das manische Krankheitsbild im Kindes- und Jugendalter ist vor allem durch folgende Verhaltensauffälligkeiten charakterisiert:

- Allmählich oder plötzlich zunehmende uneinfühlbare Aktivität bzw. Rast- und Ruhelosigkeit mit überbordender Betriebsamkeit, zielloser Umtriebigkeit, gesteigerter Impulsivität, kräftezehrender Hektik ("auf vollen Touren") und sprunghaften Handlungen bis hin zu sinnlosem Weglaufen ("Abhauen").

- Grundlos oder übertrieben heiter und ausgelassen mit inhaltslosem Glücksgefühl, Fröhlichkeit, "Schweben" und Unfähigkeit, die anstehenden Probleme zu realisieren.
- Neigung zu ungewöhnlicher Albernheit und Blödelei, zu Schabernack und derben Späßen.
- Gelegentlich mißgestimmt, unkonzentriert-unruhig-gespannt, gereizt, aggressiv, "ungezogen", "aufsässig", "frech", sich in alles einmischend. Im Extremfall kann sich dieses Verhalten bis zur nackten Rücksichtslosigkeit oder gar Zerstörungswut aufschaukeln.
- Ideenflucht mit ausgeprägtem Rededrang und auffallender Sprunghaftigkeit (ohne festes Gedankenziel, sich in Nebensächlichkeiten verlierend) bis zu lockeren Verknüpfungen von Wort- und Klangassoziationen; im Extremfall völlig verworren ("sinnloses Geplapper").
- Unverständlicher Schreib- und Bewegungsdrang: Denkschriften (in plötzlich großartigem Schriftbild) an Schulbehörden mit Reformvorschlägen, distanzlose Kontaktversuche zu allen erdenklichen Persönlichkeiten - bekannt oder unbekannt usw.
- Schlaf scheint nicht nötig, und wenn, dann zu unüblichen Schlafzeiten.
- Gegebenenfalls unrealistische Größenideen bis hin zum Größenwahn (Fußball-, Pop- oder Filmstar).

Die Manie im höheren Lebensalter

Die sogenannte *Involutionsmanie im Rückbildungsalter* oder die **Altersmanie im höheren Lebensalter**, die also im letzten Lebensdrittel auftritt und nicht Ausdrucksform einer schon früher bestehenden manisch-depressiven Erkrankung ist, ist selten. Manische Syndrome im "dritten Lebensalter" sind oft Folge körperlicher Krankheiten. Man nennt sie dann *sekundäre* oder *symptomatische Manie* (s. später). Dies betrifft insbesondere hirnorganische Psychosyndrome, vor allem (Stirn-) Hirntumoren und dementielle Entwicklungen (erworbene Geistesschwäche).

"Klassische" manische Bilder im Rückbildungs- oder gar Greisenalter kommen kaum vor, da eine voll ausgebildete Manie erhebliche seelisch-körperliche Reserven erfordert; und ein solches Kräftedepot muß man erst einmal haben, bevor man es (sinnlos) verbrauchen kann. Vor allem fehlt bei den älteren Manikern die sonst so oft imponierende, fast schon elegante Leichtigkeit, Großzügigkeit und nach außen bestechende Souveränität, trotz aller damit verbundenen ärgerlichen Folgen. Die Manie im höheren Lebensalter wird vor allem durch eine Vielzahl gleichzeitig belastender Krankheiten (Multimorbidität) und altersbedingter Persönlichkeitseigenheiten geprägt. Dabei kann es zu sonderbaren Mischzuständen kommen: matte Manie, verwirrte Manie, Manie mit altersparanoiden (wahnhaften) Zügen oder starren Wahnbildungen usw.

Im allgemeinen findet sich eher eine umtriebige, zumeist ängstlich getönte, reizbar-mißmutige Überaktivität (maniformer Zustand), besonders für die ungünstigsten Tages- oder Nachtzeiten. Viele Patienten wirken sprunghaft, distanz- und kritiklos, quengelig, gespannt-getrieben, furchtsam und zugleich euphorisch-enthemmt. Nicht selten müssen die Betroffenen in eine Fachklinik aufgenommen werden, was die psychosoziale Situation noch verschärfte. Da die Dauer der manischen Phase in diesem Alter jedoch in der Regel kürzer ist als sonst, beruhigen sich die Patienten in der Klinik unter vorsichtiger medikamentöser Behandlung rasch wieder. Nach der Entlassung sollten sie jedoch ambulant nervenärztlich weiterbetreut werden.

In der Vorgeschichte einer solchen *erstmaligen* Altersmanie lassen sich typischerweise oft keine nennenswerten psychischen Auffälligkeiten finden, vor allem keine Hinweise auf eine manisch-depressive Erkrankung in früheren Jahren.

Sonstige Ursachen

Im Gegensatz zur endogenen, also biologisch begründbaren primären Manie gibt es noch die **sekundäre Manie** oder **symptomatische Manie**. Damit bezeichnet man Zustände, die wie eine Manie wirken, ggf. in abgeschwächter Form (hypomanisch). Sie haben jedoch keine endogene Ursache, sondern treten als Folge anderer seelischer bzw. organischer Störungen auf.

Krankheiten mit einem ggf. manieähnlichen Beschwerdebild sind auf psychischer Ebene beispielsweise die Schizophrenie, die schizoaffektive Psychose, gelegentlich eine neurotische Entwicklung oder bestimmte Persönlichkeitsstörungen. Im Kindesalter das bereits erwähnte hyperkinetische Syndrom.

Auf *organischer Grundlage*, vor allem bei hirnorganisch Kranken (z. B. Kinder), kann es mitunter zu chronischen, zumindest aber längerfristigen manischen/maniformen Zuständen kommen. Meist sind es jedoch kurzfristige maniforme Beeinträchtigungen. Dabei werden verschiedene körperliche Leiden diskutiert wie Hirntumoren, Epilepsie, Hirn- bzw. Hirnhautentzündung, Schlaganfall usw.

Manische, vor allem aber maniforme (hypomanische = leicht manische) Erscheinungsbilder können auch auf *Vergiftungszustände* verschiedener Ursachen zurückgehen. Dazu gehören z. B. die *medikamentöse oder pharmakogene (durch bestimmte Arzneimittel ausgelöste) Manie*. Dabei ist die Zahl der entsprechenden Substanzen nicht gering, selbst Johanniskraut soll darunter sein. In Einzelfällen sind es auch gewerbliche oder sonstige Gifte. Eine nicht unerhebliche Gefährdung, zumindest bei entsprechender Disposition, ist durch Alkohol- und Coffeinmißbrauch möglich. Das gleiche gilt für Rauschdrogen wie Haschisch/Marihuana, LSD, Meskalin, Kokain, Phencyclidin (PCP) sowie die sogenannten Designerdrogen ("Ecstasy").

Die meisten exogenen (von außen) ausgelösten manieähnlichen Zustände pflegen jedoch das Vollbild einer Manie nicht zu erreichen. Bisweilen finden sich noch andere

Krankheitszeichen, die ebenfalls für eine reine Manie nicht typisch sind. Auch die Dauer pflegt in der Regel kürzer auszufallen, der maniforme Zustand bildet sich rascher zurück. Dies gilt vor allem für die potentiell "überdrehende" Wirkung mancher Medikamente. Außerdem sollte man bei einem erstmals im höheren Lebensalter beginnenden manischen Zustand grundsätzlich an eine organische Ursache denken und diese abzuklären suchen.

Die Hypomanie

Auch die weniger ausgeprägten manischen Zustände sind seit alters her bekannt, heute als **Hypomanie** oder **Submanie** bzw. **maniformes Syndrom** bezeichnet. Zwar sind auch hier gehobene Stimmung und vermehrter Antrieb in charakteristischer Weise verändert, doch ist der Betroffene noch in der Lage, sein Verhalten in sozial angepaßten Grenzen zu kontrollieren.

Am häufigsten finden sich bei der *Hypomanie*

- eine länger anhaltende, leicht gehobene Stimmung, wenigstens einige Tage hintereinander
- ein gesteigerter Antrieb mit entsprechender Aktivität
- ein auffallendes Gefühl von Wohlbefinden
- eine vermehrte körperliche sowie geistige Leistungsfähigkeit.
- Typisch sind auch gesteigerte Geselligkeit, übermäßige Gesprächigkeit, ungewöhnliche Vertraulichkeiten, verstärktes sexuelles Verlangen und vermindertes Schlafbedürfnis.
- Kennzeichnend ist der positive Umstand, daß sich alles in noch vertretbarem Rahmen bewegt.

Die gehobene Stimmung einer Hypomanie wird in der Regel als "ungewöhnlich gut drauf", fröhlich oder "high" beschrieben. Manchmal findet sich auch eine Euphorie, also ein inhaltloses Wohlgefühl bis zur Grenze der Glückseligkeit. Die gute Stimmung ist - wie bei der Manie - regelrecht ansteckend. Dies

betrifft vor allem Fremde bzw. unbeteiligte Beobachter. Für die Angehörigen, Freunde und Arbeitskollegen aber wird langsam deutlich, daß es sich hier nicht nur um eine nachvollziehbare Fröhlichkeit handelt. Tatsächlich ist sie eher charakterisiert durch eine übersteigerte Begeisterung für fast alles und jedes, also für zwischenmenschliche, soziale oder berufliche Aktivitäten bzw. Unternehmungen. Selbst ein etwas lockeres finanzielles Gebahren ist nicht auszuschließen ("dann muß man halt den Geldbeutel besser festhalten ..."). Törichte Geschäftsinvestitionen oder unüberlegte Großeinkäufe sind aber selten. Auch kommt es in der Hypomanie zu keiner ernsteren Verschuldung.

Obwohl die gehobene Stimmung dominiert, ist auch eine gewisse Reizbarkeit nicht auszuschließen. Oder die Stimmung wechselt mehr oder weniger abrupt zwischen Euphorie und Reizbarkeit. Das Selbstwertgefühl ist in der Regel übersteigert, aber ohne deutlichere Größenideen, eher auf dem Niveau überhöhten Selbstvertrauens bzw. einer unkritischen Selbstüberschätzung. Das zwischenmenschliche Verhalten reicht von "ein wenig aufdringlich" bis gelegentlich distanzlos oder gar unverfroren. Auch die sexuellen Wünsche sind häufig ausgeprägter. Das kann sich bei dem gesteigerten Bedürfnis nach Geselligkeit durchaus folgens schwer auswirken. Im Gegensatz zur voll ausgeprägten Manie sind alle diese Aktivitäten aber eher von Kreativität und Produktivität als von dem sonst üblichen manischen Leerlauf geprägt. Eine leichtsinnige Fahrweise aus "Übermut" ist möglich, aber ohne die "blinde Wut", die in der Manie drohen kann.

Auch die Sprache eines Hypomanikers ist etwas lauter und schneller als normal. Allerdings ist es nicht so schwierig wie bei der Manie, selber einmal zu Wort zu kommen. Witze, Wortspiele und heitere Bedeutungslosigkeiten sind an der Tagesordnung. Eine Ideenflucht ist ungewöhnlich. Andeutungen davon können allerdings einmal kurz aufblitzen. Dafür ist der Hypomaniker durchaus ablenkbar und läßt sich durch die verschiedensten, meist unerheblichen äußeren Reize beeinflussen. Das äußert sich dann in einem schnellen Wechsel von Thema oder Zielrichtung.

Auffallend ist sein vermindertes Schlafbedürfnis. Dabei wacht der Betroffene vor der gewöhnlichen Zeit auf, ist aber nicht müde, sondern energiegeladen. Interessanterweise wird aber auch gelegentlich über Merk- und Konzentrationsstörungen mit leichteren bis mittelstarken Leistungseinbußen geklagt. Dies geht vor allem auf die Unfähigkeit zurück, sich aufgrund der ständigen Anspannung einmal konsequent zu erholen.

Maniforme Episoden bei Jugendlichen oder Kindern gehen nicht selten mit auffälligem bis assozialem Verhalten einher, vor allem aber mit Schulschwänzen und damit Schulversagen. Ein möglicher Rauschdrogenkonsum potenziert gegebenenfalls das Problem.

So gesehen kann man eine leichtere Manie manchmal auch als leistungs- und stimmungsmäßigen Pluspunkt im Leben werten, aber nur manchmal. Denn in etwa jedem zehnten Fall kann sich aus einer Hypomanie auch das Vollbild einer manischen Phase entwickeln.

Die schizoaffective Psychose

Wir kennen die manisch-depressive Erkrankung oder Psychose, bei der sich manische und depressive Phasen (meist unregelmäßig) abwechseln. Daneben gibt es die seltene reine manische Psychose, bei der nur manische Episoden auftreten. Und schließlich gibt es noch ein weiteres Krankheitsbild auf psychotischer Basis: die ***schizoaffective Psychose***.

Eine *schizoaffective Psychose* deutet das mehrschichtige Krankheitsbild bereits im Namen an: *schizo* vom griechischen: schizein = spalten, gemeint ist das früher so benannte "Spaltungsirresein", die Schizophrenie. Dazu kommt der bereits auf S. ... erläuterte Begriff der *affektiven Psychose*, also der manischen oder depressiven Gemütskrankheit.

Eine schizoaffektive Psychose weist gleichzeitig (früher wurde auch eine rasche Folge nacheinander als entsprechendes Krankheitsbild akzeptiert) ein ausgesprochen depressives oder manisches sowie ausgeprägtes schizophrenes Krankheitsbild auf. Man spricht dann von einer schizoaffektiven Psychose mit einem

- *schizodepressiven Syndrom*: schizophrene und depressive Symptome
- *schizomanischen Syndrom*: schizophrene und manische Krankheitszeichen.

Das Leiden tritt häufig innerhalb weniger Tage oder gar Stunden auf. Anfangs liegt meist das erwähnte Gemisch aus depressiven oder manischen sowie schizophrenen Symptomen vor, wobei unter Therapie die schizophrenen Krankheitszeichen oft als erste zurückgehen. Schizoaffektive Psychosen äußern sich häufig dramatisch und bedürfen eines raschen psychiatrischen Eingreifens.

Therapie der Manie

Die Therapie einer Manie ist an sich kein Problem - sofern sie zustande kommt. Dabei braucht gerade die Manie eine rasche und konsequente Behandlung, und doch ist sie nirgends so wenig gewährleistet wie hier. Die Gründe sind inzwischen deutlich geworden: Der Maniker zeigt ein Übermaß an Leben bzw. Lebendigkeit, zu viel Antrieb, zu viel Einfälle, zu viel Kontaktgier, zu viel Aktivität, zu viel „gute“ Stimmung und zu viel Selbstvertrauen. Aus alledem folgen natürlich weder Krankheitseinsicht noch Leidensdruck, aus dem ein Behandlungswunsch resultieren könnte. Dabei sollte man den Maniker möglichst bald einem Arzt seines Vertrauens zuführen, was sich zugegebenermaßen häufig als sehr schwierig herausstellt.

Der Widerstand des Kranken geht aber nicht nur auf die mangelnde Krankheitseinsicht zurück („Ich soll krank sein? Da kenne ich andere, die es nötiger hätten“), sondern auch auf die Furcht vor einer medikamentösen Behandlung.

Und die wiederum basiert nicht nur auf den möglichen Nebenwirkungen, die gerade beim Maniker am wenigsten zum Problem werden. Es geht vor allem wieder um eine verhängnisvolle Schlußfolgerung, die dem Maniker förmlich verbietet, sich einem Medikament anzuvertrauen, denn: Wer nimmt Medikamente? Doch nur ein Kranker, wer sonst. Bin ich krank? Keinesfalls, im Gegenteil, ich fühle mich so gut wie noch nie. Brauche ich deshalb Medikamente? Ich wüßte nicht warum.“ Oder noch einfacher: Wer Medikamente nimmt, gibt zu, dass er krank ist. Und das will niemand, schon gar nicht der Maniker im Vollbesitz seiner geistigen und körperlichen Kräfte, der sichderzeit ganz offensichtlich auf der „Erfolgsspur“ sieht.

Antimanische Medikamente

Einzelheiten über antimanisch wirkende Medikamente würden hier zu weit führen, geht es in vorliegender Abhandlung doch vor allem um das Erkennen und Verstehen. Was jedoch die antimanischen Arzneimittel anbelangt, so gibt es hiervon jedenfalls eine ganze Reihe und zwar:

- **Neuroleptika:** Dazu gehören die eher dämpfenden niederpotenten Neuroleptika, die antipsychotisch wirkenden hochpotenten Neuroleptika (die auch am häufigsten eingesetzt werden) und eine Gruppe, die sowohl dämpft als auch antipsychotisch wirkt, die sogenannten mittelpotenten Neuroleptika (die ebenfalls oft genutzt werden). Diese Arzneimittel wirken sofort, aber - so die Klage der Betroffenen - überwiegend „blockierend“ (als würde man „bei einem kochenden Topf nicht die Herdplatte abstellen, sondern einfach den Deckel draufpressen“). Die Wahrheit liegt in der Mitte und soll hier nicht weiter erörtert werden. Für eine akute Sedierung im Notfall stehen aber nun einmal keine anderen antimanischen Arzneimittel zur Verfügung, mit Ausnahme der deutlich milder beruhigenden Tranquilizer vom Benzodiazepin-Typ, die aber nur selten (Nebenwirkungen, insbesondere Suchtgefahr) und dann vor allem ersatzweise eingesetzt werden.

- **Phasen-Prophylaktika:** Dazu zählen die Lithiumsalze, die noch immer wichtigste antimanische Behandlungsmethode. Sie haben einen milden Soforteffekt, der aber

in Wirklichkeit einige Tage braucht, bis er greift. Und sie entwickeln eine vorbeugende Wirkung gegen die ja in der Mehrzahl der Fälle drohende Rückfallgefahr, die aber ebenfalls mindestens ein halbes Jahr braucht, bis sie sich „aufgebaut“ hat. Lithiumsalze sind zu einem Meilenstein dieser Behandlung geworden und konnten viel Unglück verhindern. Sie haben aber ebenfalls ihre Nebenwirkungen, die sich jedoch dosismäßig steuern lassen und im Laufe der Zeit auch zumeist verblasen.

Eines aber ist tatsächlich eine Belastung, die nicht einfach wegdiskutiert werden kann: eine jahrelange, wenn nicht gar lebensbegleitende Medikation, d. h. täglich Tabletten, und das „für den Rest des Lebens“. Letzteres ist zwar nicht zwangsläufig der Fall, doch gilt als sicher: Wer die Behandlung (vor allem plötzlich) abbricht, muß mit einem Rückfall rechnen.

Inzwischen gibt es neben den Lithiumsalzen noch zwei Substanzen, die sich in der Akutbehandlung der Manie, vor allem aber ihrer Rückfallprophylaxe, weltweit bewährt haben. Das sind die beiden, auch als Antiepileptika (Krampfschutz) erfolgreichen Stoffe Carbamazepin und Valproinsäure. Sie haben eine vergleichbare Wirkung wie die Lithiumsalze und oft weniger, in Einzelfällen weniger belastende Nebenwirkungen. Allerdings muß man auch sie genauso lange einnehmen wie das Lithium.

Insgesamt stehen also inzwischen drei antimanische Substanzen zur Verfügung, so dass praktisch jedem geholfen werden kann - die notwendige Einnahmezuverlässigkeit vorausgesetzt.

Der psychotherapeutische Zugang

Wichtig, viel wichtiger als die medikamentöse Dämpfung, sagen nicht zuletzt die Betroffenen - in Wirklichkeit wohl aber gleichrangig - seien die entsprechenden psychotherapeutischen und psychagogischen Bemühungen. Dieses Anliegen sieht auch jeder ein, doch kommt eine solche psychotherapeutische Behandlung nur selten zustande, vor allem nicht mit der notwendigen Konsequenz. Wer die Ausführungen über die Manie bis hierher gelesen hat, wird dies verstehen. Deshalb ergibt sich bestenfalls ein lauer Kompromiß, der

unbefriedigend deshalb bleibt, weil ihn letztlich der Maniker diktiert oder treffender: das manische Krankheitsbild. Denn der Maniker ist nur der Ausführende, allzuviel Einflußnahme im Sinne der allseits geforderten Vernunft hat er tatsächlich kaum. Das betrifft zwar auch andere seelische Störungen, nur geht in der Manie alles viel stürmischer voran und vor allem: Der Maniker wirkt nicht wie ein seelisch Kranker, was das Verständnis der Umgebung natürlich erschwert.

Deshalb sollte man sich an etwas halten, das bisher kaum Beachtung fand, und das nennt sich die *manische Aussage*. Die Konsequenzen, die man daraus ziehen kann, bestehen allerdings nicht vorrangig in dem, was die entnervten Angehörigen fordern. Allerdings ebensowenig in dem, was in der Regel der Alltag in Klinik und Praxis diktiert. Deshalb sei nochmals ausführlicher an folgendes erinnert (nach H.-L. Kröber):

Hinter jeder endogenen Manie steht nicht nur ein eigenständiges, scheinbar rein biologisch vorgegebenes Krankheitsbild, sondern auch eine individuelle Not, die nicht unwesentlich an Ausbruch, ja Symptomatik und Verlauf beteiligt ist. Leider schaut jeder nur auf das offensichtliche Fehlverhalten und seine Folgen. Und in der Tat: Die Manie läßt einem dazu häufig gar keine andere Wahl.

Dennoch sollte man sich zwingen, hinter dieser "verrückten Fassade" ein persönliches Problem zu identifizieren. Das ist nicht nur hilfreich für den Patienten, es erleichtert auch der Umgebung den Zugang zu den psychologischen Hintergründen - und damit das Erkennen, Verstehen und Helfen. Was ist damit gemeint?

Die charakteristischen Symptome einer Manie sind laut Lehrbuch gehobene oder gereizte Stimmung, Überaktivität und Redefluß. Dem sollte man mit den klassischen Therapiemaßnahmen begegnen: Distanz halten, dämpfen und notfalls die Behandlung in einer Fachklinik. Wie aber soll man letzteres veran-

lassen? Man muß den Patienten zur Mitarbeit gewinnen, doch das gelingt selten genug. Oder notfalls überlisten, das klappt gerade bei einem Maniker kaum. Wenn gar nichts mehr hilft, kann man ihn nur noch überwältigen. Das ist - mehr oder weniger ausgeprägt - die Regel. Eine allseits befriedigende Zusammenarbeit scheint also unmöglich. Und ist die Gewalt groß und entschieden genug, gibt der Patient meist nach. Auf die Folgen dieser Überwältigung soll später noch einmal eingegangen werden. Läßt sich deshalb vielleicht noch eine bessere Lösung denken?

Ja, und zwar: Intensiven Gesprächskontakt herstellen sowie eine Medikation mit antimanische Arzneimitteln mit eher geringer Dämpfung (also Lithiumsalze, Carbamazepin oder Valproinsäure). Soweit möglich sollte eine ambulante Betreuung erfolgen, d. h. durch den Haus- und Nervenarzt oder Psychiater. Der erzwungene Aufenthalt in einer Fachklinik, so sinnvoll er für eine rasche und weniger folgenschwere Überwindung dieses Leidens auch erscheinen mag, ist in den Augen des Betroffenen eine Vergewaltigung, und damit eine Verstärkung und Verlängerung seiner seelischen „Verwundung“, weit über die Zeit der Krankheit hinaus, mitunter sogar eine lebenslange Traumatisierung, wie das in Fachkreisen genannt wird (griech.: trauma = Wunde; im übertragenen Sinne: seelische Verletzung). Manchmal kommt man aber an einem solchen Schritt nicht vorbei. Dann sollte man ihn auch konsequent gehen. Dies vor allem dann, wenn die krankheitsbedingte Erschütterung des partnerschaftlichen bzw. familiären Vertrauens und die gesellschaftlichen Folgen massiv voranschreiten. Wenn aber entschieden ist, die Manie unter nervenärztlicher Betreuung und mit entsprechenden Medikamenten ambulant zu behandeln, auf was muß man dann unbedingt achten?

Psychologische Aspekte

Der Patient mit einer manisch-depressiven Erkrankung lebt in seiner gesunden Zeit vor allem bezogen auf seine soziale Umgebung. Bedeutsam für ihn sind überkommene Normen und äussere Leistungsvorgaben. Zugleich erlebt er

sich in kritisch zugespitzten Situationen als unfrei, kontrolliert, in seiner Autonomie und Entwicklungsmöglichkeit beschnitten. In der akuten manischen Erkrankung versucht er intensiv diese Situation zu verändern. Jetzt steht im Vordergrund die Realisierung seiner Autonomiewünsche und die Absage an die zuvor dominierende Selbstunterwerfung. Er ist zukunftsorientiert, voller Pläne, veränderungsbereit, aktiv.

Als krankheitsfördernder Umstand erweist sich oftmals noch eine spezifische Familienkonstellation. Hier spielt meist ein bestimmtes Familienmitglied die entscheidende Rolle, oft Partner oder Mutter. In gesunden Zeiten ist es jene Person, der die meiste Zuwendung und Fürsorge des Patienten gilt. In der akuten Manie aber bricht der Kranke aus dieser Partnerschaft aus. Jetzt realisiert er seine Autonomiebedürfnisse und delegiert die Kontrollaufgaben, Trennungsängste usw. an diesen Angehörigen. Dieser aber versucht die Kontrollfunktion an Arzt und Klinik abzutreten. Daraus resultiert eine komplizierte Situation:

Auf der einen Seite der Maniker, meist allein, allenfalls in der phantasierten Koalition mit jenen, die er gegenwärtig idealisiert, bis er enttäuscht wird. Auf der anderen Seite diejenigen, die ihn kontrollieren und tatsächlich oder scheinbar seine Autonomiewünsche blockieren. Die Angehörigen erwarten, daß sich der Arzt (und alle anderen Personen, an die sie sich in ihrer Not wenden) auf ihre Seite stellen und "das Nötige veranlassen". Für den Maniker gibt es aber nur einen Grund, sich auf solche Kontakte einzulassen: die vage Hoffnung, daß er seinerseits Unterstützung findet. Die Angesprochenen sollten diese komplexe Situation erkennen. Sie können nicht unparteiisch in der Mitte stehen bleiben, sondern müssen - wollen sie Erfolg haben - vor allem dem Patienten zu Hilfe kommen, obgleich er doch der „Täter“, auf jeden Fall Urheber eines unheilvollen Geschehens ist. Wie sieht das im einzelnen aus?

Als erstes gilt es vom Maniker zu erfahren, was dieser will und warum er dies jetzt will beziehungsweise ob er das alles auch anders als mit einem manischen Höhenflug erreichen kann. Danach muß man dem Kranken signalisie-

ren, dass man ihn und sein Anliegen ernst nimmt. Das ist für ihn neu, denn bisher sah er sich und seine Wünsche schroff zurückgewiesen, so schroff, wie er sie übrigens meist selber vorgetragen hat. Jetzt scheint er plötzlich einen echten Ansprechpartner gefunden zu haben. Leider vermag der manische Patient sich nicht klar genug zu äußern. Er kommt mit nebulösen Vorstellungen, unrealistischen Plänen und schweift immer wieder ab. Also muß man seine Fragen hartnäckig wiederholen und auf einer verständlichen Antwort bestehen. Das reizt zwar den Patienten, hilft aber auch, seine eigene Position zu klären und einen festen Standpunkt zu suchen. Dabei kann es sehr eindrucksvoll sein, wie der Maniker nach und nach ernsthaft und schließlich fruchtbar um das konstruktive Durchhalten eines solchen Gesprächs ringt.

Die Manie wird zwar dadurch nicht grundsätzlich beseitigt, doch das Bemühen um ein hilfreiches Verstehen fördert das Vertrauensverhältnis. Vielleicht kommt es sogar so weit, daß der dringliche Rat erstmals erkennbar reflektiert wird, durch Medikamenteneinnahme eine besonnene Verfassung zurückzuerlangen. Damit stärkt man auch die Position des Arztes, der ja spätestens durch die Notwendigkeit nicht zu umgehen ist, beruhigende Arzneimittel zu bekommen.. So ist manchmal durch eine rechtzeitige und freiwillige Medikamenteneinnahme sogar eine Klinikaufnahme zu umgehen.

Allerdings ist dieser Weg für viele, inzwischen verzweifelte und hoffnungslose Angehörige keine Lösung. Sie haben Angst vor Rückschlägen und weiterem Chaos. Deshalb muß z. B. der betreuende Arzt viel Verständnis für die enorme Belastung der Familie zeigen, die durch eine ambulante Behandlung vorerst nicht geringer wird. Wenn das nicht möglich ist, bleibt allerdings kein anderer Weg als der (erzwungene) Klinikaufenthalt.

Warum aber ist es so wichtig, dem Maniker zuzuhören? Ausgerechnet diesem Menschen, der ohnehin „jeden Zuhörer über den Haufen redet“? Die Antwort ist kompliziert und einfach zugleich.

Die Manie ist ein Fenster zur Seele

Während drei Wochen manischer Verfassung des Patienten lernt man mehr über seine Nöte, Wünsche, Widersprüchlichkeiten, Hoffnungen und sein Wertgefüge kennen als nach seiner Genesung in einem Jahr Psychotherapie, heißt es. Viele wesentliche Wünsche, Ziele und Bedrängnisse erfährt man im Grunde nur in der manischen Episode. Die Manie ist ein Fenster, durch das man wertvolle Einblicke erhält in die Persönlichkeit des Betroffenen. Ist der Patient wieder gesund, fällt oft ein Vorhang, der die Einsicht in die eigentlichen Beweggründe verwehrt. Und dies nicht nur für den Arzt, die Angehörigen, Freunde, sondern auch für den Betroffenen selber.

In der Manie hat der Maniker nämlich ein *Thema*, manchmal mehrere, aber stets wenige und vor allem verwandte Themen. Über dieses Thema macht er Aussagen; man nennt dies deshalb die **manische Aussage**. Es mag bisweilen nicht leicht sein, diese Aussagen zu verstehen. Das Thema aber hat oft über mehrere manische Phasen hinweg eine erstaunliche Beständigkeit. Diese Aussagen verlieren allerdings durch ihre stete Wiederholung an Prägnanz. Bei der soundsovielten Phase hört dann keiner mehr hin. Damit erlahmen dann auch Engagement, Geduld und Toleranz der Umgebung, manchmal gar die des Arztes.

Doch der Begriff der *manischen Aussage* ist schon deshalb naheliegend und nutzbringend, weil die meisten Patienten fast unentwegt „etwa aussagen“. Dadurch schleicht sich häufig ein diagnostischer Fehler ein: Viel zu häufig gibt man sich mit dem manietyptischen Symptom "Ideenflucht" zufrieden, wo in Wirklichkeit nur ein nicht zu bremsender, also krankhafter Redefluß vorliegt. Und dem wird meist nicht zugehört, auf jeden Fall nicht lange genug. Auf die Inhalte wird nur geachtet, soweit sie Ausdruck unrealistischer Größenphantasien und sonstiger "Spinnereien" sind, die man für wert hält, festgehalten zu werden. Doch wenn man genau hinhört, läßt sich bald erkennen, daß

diese Redeflut keineswegs uferlos ist, sondern im Gegenteil um eine oft kleine Zahl sich ständig wiederholender Probleme kreist.

Wer tagtäglich mit einem manischen Patienten zu tun hat, der weiß, wie entnervend stereotyp seine Aussagen sein können. Dennoch sollte man dieser „hektischen Monotonie“ mehr Beachtung schenken, wie diese aufreibende Kombination aus äußerer Getriebenheit und innerseelischer Einförmigkeit bezeichnet wird. Sie ist oft der Kern seiner Nöte. Letztlich besteht nämlich die manische Redeflut aus zwei Anteilen:

1. **Die Projektionen in die Zukunft:** Was wäre ich eigentlich gerne geworden und was will ich jetzt, insbesondere in meinem manischen Höhenflug, verwirklichen?
2. In einer Art **"Vergangenheitsbewältigung"**: An was bin ich bisher gehindert worden, warum und von wem - und wie will ich das jetzt ändern?

Um was handelt es sich dabei zumeist?

Die „unrealistischen“ Zukunftsentwürfe des Manikers sind in der Regel geschäftliche Selbständigkeit, großer finanzieller Erfolg, künstlerischer Durchbruch, politische Führerschaft, religiöse Erwähltheit, ideale Liebe und romantische Verklärung bzw. Rettung.

Charakteristisch für die weitere manische Denk- und Handlungsweise ist jedoch eine fast zerstörerische, weil unflexible Eigenheit: Alles, was man jetzt endlich vorhat und durchziehen will, muß rein, unvermengt, kompromißlos realisiert werden. Manie ist die Aufkündigung des Kompromisses, der relativierenden, bindenden, demütigenden, kleinkarierten, in tausend Zwänge verstrickten Abschwächung des großen Ziels.

Die Vergangenheitsbewältigung ist auch häufig eine Beschwörung der eigenen Schuldlosigkeit. Sie bedarf aber angesichts der sonderbaren Schuldangst des Manikers einer wortreichen, alles begründenden, kein Restrisiko belassenden Rechtfertigung: Nicht aus eigener Willkür hat der Maniker diesen schockierenden Ausbruch aus den gesellschaftlichen Normen vollzogen, sondern zum Nutzen und Wohl bestimmter Personen oder der Allgemeinheit. Eigentlich hat er gar nichts Böses getan. Er hat sich nicht entfernt von den Regeln, die er bisher respektiert hat, im Gegenteil: Er verwirklicht sie nur konsequenter und intelligenter als bisher. So sehr Maniker bei anderen Menschen Schuldgefühle einzuklagen versuchen, so empfindlich reagieren sie auf die Unterstellung, sie selber seien schuldig geworden oder könnten schuldig werden. Schuldig zu werden, Schmerz zuzufügen, Täter zu werden, auch aus begründetem Recht, ist mit dem Selbstbild der meisten Maniker nicht vereinbar.

Aus der Manie und ihren Folgen lernen helfen

Aus der Persönlichkeitsstruktur eines Patienten mit manisch-depressiver Erkrankung gingen bereits die wesentlichen Charakteristika hervor: Aggressionsunterdrückung, Konfliktverleugnung, Verantwortungsgefühl, soziale Anpasstheit und labiles Selbstwertgefühl. Es mag schwerfallen, an diese Typologie zu glauben, insbesondere während des manischen Auftritts, doch die "manische Aussage" erleichtert den Einblick in die eigentlichen psychologischen Hintergründe. Dabei legt die hochentwickelte Fähigkeit manisch Erkrankter, nämlich tödlich zu beleidigen, lächerlich zu machen und Menschen gegeneinander auszuspielen, die Vermutung nahe, daß der Patient all dies zuvor schon am eigenen Leibe erfahren hat, in Partnerschaft, Familie, Beruf usw. Viele dieser Kranken getrauen sich jedoch nicht, jenen Normen die Gefolgschaft aufzukündigen, die von ihnen bereits leidvoll als hohl, scheinheilig und böse erfahren worden sind. Dieser Schritt, selbst wenn er als Verrat an den herrschenden gesellschaftlichen Bedingungen interpretiert würde, wäre zwar moralische Pflicht (Mißstände anprangern) und eine Entwicklungschance für den Betroffenen. Es wäre aber auch das Ausschlagen einer psychologischen Erbschaft und quasi der Bruch mit den Ahnen. Der Depressive erstarrt

vor dieser Wahl. Der Maniker versucht diese Situation aktiv zu bewältigen, ohne aber letztlich eine Wahl zu treffen.

Die Redeflut eines Manikers geht deshalb oft mit der kaschierten Beteuerung einher, daß man sich noch immer im Hoheitsgebiet der Wohlanständigkeit befinde. Die Tragik aber erneuert sich, wenn aus dem zwangsläufigen Scheitern der Manie für den Alltag nichts oder nur das Falsche gelernt wird, was beim Maniker leider die Regel ist.

So ist das wichtigste Ziel einer konstruktiven Therapie durch den Arzt und der Betreuung durch Angehörige und Freunde die manische Thematik verstehen zu lernen. Und für einen freieren Lebensabschnitt bezüglich Partnerschaft, Beruf, gesellschaftlichen Normen usw. nutzbar zu machen, sobald das manische Krankheitsbild abgeklungen ist. Patienten mit einer überwundenen Manie (und Depression häufig auch) sollten im Regelfall nicht gedemütigt und damit gebremst („jetzt siehst du, was du angerichtet hast“) sondern ermutigt werden, aus dem Inhalt ihres Krankheitsbildes Konsequenzen für ihre Persönlichkeitsentwicklung und das gesamte Leben zu ziehen. Natürlich muß man die Folgen einer manischen Überaktivität in Grenzen halten, so gut es eben geht und notfalls mit allen Mitteln. Wenn Verständnis und Toleranz nur eine breite Schneise der Zerstörung hinterlassen, dann dient das niemandem, schon gar nicht dem Betroffenen. Nirgends ist der „goldene Mittelweg“ so schwer durchzuhalten wie bei der Manie. Das sei zum Abschluß noch einmal betont, um auch die Verzweiflung der Angehörigen und ihre restriktiv erscheinenden Forderungen zu verstehen. Doch sollte man selbst im „dicksten manischen Chaos“ nicht vergessen:

Der Maniker muß aus seiner Erkrankung auch lernen dürfen. Es gibt nicht nur negative Folgen einer Manie. Es kann auch zur Nachreifung kommen. Das sollte allen Beteiligten Mut machen, die psychologischen Hintergründe besser verstehen zu lernen und danach zu handeln.

Ausblick

Es gibt kein Krankheitsbild, das in so kurzer Zeit soviel Wirbel, Aufruhr, Chaos, soviel Skandale, Kummer, Sorgen, zwischenmenschliche, gesellschaftliche, berufliche und finanzielle Belastungen auslösen kann wie die Manie. Natürlich hängt dies von vielerlei Faktoren ab: Persönlichkeitsstruktur, partnerschaftliche, familiäre und gesellschaftliche Einbindungen, berufliche Position, zusätzlich Genußgifte, insbesondere Alkohol, sowie Möglichkeiten und Grenzen durch gesellschaftlich-berufliche Position, finanziellen Zugriff, Hobbys (z. B. Neigung zu gefährlichen Sportarten) usw. Das Feld ist hier so weit wie das Leben selbst. Der Maniker kostet dies aus, manchmal bis an die Grenzen des Verstehbaren. Natürlich sind die meisten manischen Zustände eher milderer Natur und erschöpfen sich in Überaktivität, Distanzlosigkeit und Kaufrausch in gerade noch vertretbarem Rahmen. Aber manchmal sorgen sie eben für ungeahnten, nicht mehr hinnehmbaren Aufruhr.

Die Folgen sind bekannt. Die Betroffenen werden dafür bezahlen müssen, und zwar nicht nur finanziell. Auch die Angehörigen sind belastet, selbst die Freunde, Bekannten, Nachbarn, Arbeitskollegen, Vorgesetzten, Untergebenen usw. Doch die Manie vergeht wieder, und es bleibt, wie bei der Depression, nichts zurück. Doch hält sich der Schaden bei der Depression noch in Grenzen, kann sich eine stets kurze manische Phase zur Hypothek auswachsen. Deshalb gilt es sie so rasch als möglich zu erkennen und einen Arzt des Vertrauens hinzuzuziehen, auch wenn dieser die Manie nicht sofort „abstellen“ kann. Man muß beim Maniker sogar vorsichtig vorgehen, manchmal anbiedernd bis „kumpelhaft“. Anders lassen sich die meisten Maniker nicht in ein Therapieschema einbinden, da sie ja nur aus ihrem grandiosen und vor allem erst einmal erfolgreichen Höhenflug in die Niederungen des Alltags abgebremst werden müssen.

Doch genau hier liegen auch Sinn und Zweck und sogar Wert einer Manie, so sonderbar sich das anhört. Die Manie ist ein Fenster, das uns Einblick gibt in die individuelle Not eines Menschen, die zuvor niemand interessiert hat. So wie manche unterdrückte Bevölkerungsgruppen erst durch einen Protestmarsch oder gar eine Revolution auf sich aufmerksam machen können, so ist auch der manische Exzeß oft nichts anderes als ein Hilferuf. Gerade hierin liegt die Chance für den Patienten und seine Umgebung. Je früher man erkennt, was sich hinter seinem manischen Verhalten verbirgt, desto eher kann man in Kombination mit stabilisierenden Arzneimitteln zum Kern des eigentlichen Problems vorstoßen - und damit zu einer wenigstens halbwegs vertretbaren Lösung für alle.

Literatur

Gemessen an der Depressionens-Literatur, also dem Gegenstück der Manie, gibt es erstaunlich wenig wissenschaftliche Publikationen und Fachbücher und noch weniger allgemeinverständliche Beiträge und Sachbücher. Und wenn, dann überwiegend im angelsächsischen Bereich (USA, Großbritannien).

Grundlage vorliegender Ausführungen sind

Faust, V.: *Manie*. Eine allgemeinverständliche Einführung in Diagnose, Therapie und Prophylaxe der krankhaften Hochstimmung. Enke, Stuttgart 1997

Faust, V. (Hrsg.): *Psychiatrie*. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. G.Fischer-Verlag, Stuttgart, Jena, New York 1996 (dort ausführliches Manie-Kapitel)

Faust, V.: *Seelische Störungen heute*. Wie sie sich zeigen und was man tun kann. Verlag C.H. Beck, München 1999 (dort ausführliches allgemeinverständliches Manie-Kapitel)